



PROGRAMA SISTEMA NACIONAL PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DE LAS ADICCIONES

Directorio

Dr. Julio Frenk Mora
Secretario de Salud

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Subsecretario de Innovación y Calidad

Dr. Roberto Tapia Conyer
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Lic. Ma. Eugenia de León-May
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Jaime Sepúlveda Amor
Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud

Dr. Eduardo González Pier
Titular de la Unidad de Análisis Económico

Lic. Ernesto Enríquez Rubio
Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Dr. Carlos Tena Tamayo
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Act. Juan Antonio Fernández Ortíz
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Dr. Cristóbal Ruiz Gaytán López
Secretario Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones

Lic. Ma. Eugenia Galván Antillón
Titular del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud

Lic. Ignacio Ibarra Espinosa
Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Adriana Cuevas Argumedo
Directora General de Comunicación Social

Responsable de la Publicación: Lic. José Ocaña Bernal. Subdirector de Difusión

www.conadic.gob.mx
Tels: 5207-3358, 5207-3341
ISBN: 970-721-326-4

Organismos participantes:

Centro de Atención Especializado en
Drogodependencias, A.C.

Centro Especializado en al Solución del Alcoholismo
y dependencias

Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos
Anónimos, A.C.

Centros de Integración Juvenil, A.C.
Dirección General
Dirección General Adjunta Normativa
Dirección de Tratamiento y Rehabilitación
Subdirección de Hospitalización y Proyectos
Clínicos
Subdirección de Consulta Externa

Comunidad Terapéutica "Casa Nueva Vida"

Consejo Nacional contra las Adicciones
Dirección Técnica

Drogadictos Anónimos, A.C.

Federación Mexicana de Comunidades Terapéuticas

Fundación Ama la Vida IAP Comunidad Terapéutica

Fundación Oceánica, A.C.

Gobierno del Distrito Federal

Secretaría de Desarrollo Social
Instituto de Asistencia e Integración Social
Subdirección de Adicciones
Centro de Atención para las Adicciones Torres
de Potrero

Dirección General de Prevención y Readaptación Social

Secretaría de Salud
Unidad de Atención Toxicológica Xochimilco

Toxicológico "Venustiano Carranza"

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los
Trabajadores del Estado
Zona Norte Hospital 1º. de Octubre
Coordinación de la Clínica de Tabaco

Instituto Mexicano del Seguro Social
Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Atención Médica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta
Especialidad
División de Apoyo a la Gestión
Jefatura del Area de Asesoría y Apoyo
Operativo

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
Dirección de Investigación

Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente
Muñiz"
Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares

Instituto Politécnico Nacional
Coordinación de Asesores de la Secretaría
Académica

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los
Trabajadores del Estado
Subdirección de Prevención y Protección a la
Salud

Secretaría de la Defensa Nacional
Dirección General de Sanidad

Secretaría de Marina
Dirección General Adjunta de Sanidad Naval

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología

Dirección General de Servicios Médicos
Subdirección de Investigación de Desarrollo
Humano

Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa

Coordinación General

Dr. Victor Manuel Guisa Cruz

Dr. Lino Diaz-Barriga Salgado
Dr. Angel Prado Garcia

Dr. Jaime Quintanilla Bendek

Coordinadores de las Mesas de Trabajo

Dr. Lino Diaz-Barriga Salgado
Sistema de Atención Integral para el Tratamiento

Dr. Angel Prado Garcia
Marco Jurídico y Normativo

Dr. Raul Feranandez Jofre
Capacitación

Dra. Monica Cantu de Ainslie
Modelos Conceptuales y Tipos de Intervención

Contenido

| | | | |
|--|---|--|---|
| | | | |
| I. PRESENTACIÓN | 1 | | |
| II. ANTECEDENTES | 1 | | |
| III. JUSTIFICACIÓN | 1 | | |
| IV. SITUACIÓN ACTUAL | 1 | | |
| PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO | | | |
| V. LINEAMIENTOS DE TRATAMIENTO | 1 | | |
| A. Intervención terapéutica en personas con consumo problemático de drogas. | | | |
| B. Generalidades del Tratamiento. | 1 | | |
| <i>i. Estrategias de sensibilización e información.</i> | | | |
| <i>ii. Estrategias de detección oportuna.</i> | | | |
| <i>iii. Definición y consideraciones teóricas.</i> | | | |
| <i>iv. El tratamiento como estrategia para la reducción de la demanda.</i> | 1 | | |
| <i>v. Efectividad del tratamiento.</i> | | | |
| <i>vi. Servicios de acceso directo.</i> | | | |
| <i>vii. Tratamientos Estructurados.</i> | 1 | | |
| C. Aspectos conceptuales para la utilización de Servicios de Tratamiento. | 1 | | |
| D. Modelos de tratamiento. | | | |
| <i>a. Modelo Hospitalario.</i> | | | |
| <i>i. Desintoxicación: Intoxicación aguda</i> | | | |
| <i>ii. Desintoxicación: etapa de estabilización</i> | 1 | | |
| <i>b. Modelos ambulatorios.</i> | | | |
| <i>i. Desintoxicación a corto plazo en régimen de internamiento o residencial</i> | 1 | | |
| <i>ii. Rehabilitación: etapa de prevención de recaídas</i> | | | |
| <i>c. Intervenciones comunitarias y ambulatorias</i> | | | |
| | | <i>d. Intervenciones y programas de rehabilitación residencial</i> | 1 |
| | | <i>i. Programas e intervenciones farmacológicas.</i> | 1 |
| | | E. Detección de necesidades de capacitación. | 1 |
| | | VI. OBJETIVOS | 1 |
| | | A. General | |
| | | B. Específicos | |
| | | <i>a. Universo de trabajo y población objetivo.</i> | |
| | | <i>b. Evaluación operativa del sistema.</i> | |
| | | VII. ANEXOS | 1 |
| | | Anexo 1. Diplomados y postgrados en adicciones en la república mexicana | 1 |
| | | Anexo 2. Algunos aspectos de la psicoterapia del paciente adicto | 1 |
| | | Anexo 3. Recursos Institucionales | 1 |
| | | Anexo 4. Cédula de presentación de instituciones | 1 |
| | | Anexo 5. Guía operativa de servicios de tratamiento a las adicciones | 1 |
| | | Anexo 6. Recomendaciones a la comisión de tratamiento y rehabilitación médica. | 1 |
| | | Anexo 7. Hoja de referencia de pacientes | |
| | | Anexo 8. Glosario Lexicológico de Adicciones para Personal de Salud. | |
| | | VIII. BIBLIOGRAFÍA | |

I PRESENTACIÓN

El presente documento contiene la opinión e interés compartido de los más importantes organismos e instituciones sociales, públicas y privadas a nivel nacional, para incluir de forma ordenada y congruente, los importantes esfuerzos que se vienen realizando en la atención terapéutica de la población afectada por el consumo de drogas.

En primer lugar se señalan los principales conceptos relacionados con la noción de integralidad en el ámbito de tratamiento y rehabilitación y se incluyen también, las recomendaciones de organis-

mos internacionales para diseñar y estructurar los mecanismos y estrategias que permitan consolidar las acciones emprendidas en este campo. En un segundo momento se presenta la justificación para el establecimiento del sistema nacional, sus objetivos y universo de trabajo. Más adelante se definen los principales procedimientos y líneas de acción, el recuento de los recursos disponibles respecto a instituciones participantes, profesionales y paraprofesionales, existentes en las entidades federativas. Finalmente se incluye una propuesta de evaluación para efectos de retroalimentación del Sistema. 

II ANTECEDENTES

A finales de la década de los sesenta, el principal problema de consumo de drogas en México estuvo representado por el uso de sustancias legales –alcohol y tabaco–, así como por el uso de marihuana y depresores del Sistema Nervioso Central, SNC –barbitúricos y ansiolíticos–, en sectores identificados de la población, sin constituir un problema de salud pública importante.

Con el transcurso del tiempo, específicamente a partir de la década de los setentas, se observó un paulatino incremento del uso de marihuana, solventes volátiles, anfetaminas y psicodislépticos. Actualmente, la disponibilidad social de sustancias adictivas se ha modificado con la aparición de cocaína, heroína y otros derivados opiáceos, drogas sintéticas y de diseño. Las razones de este cambio en la incidencia y prevalencia de uso de sustancias, se sustentan en una mayor oferta y demanda, convirtiéndose en un grave problema de salud pública.

Las dificultades que tradicionalmente se han planteado en el ámbito de tratamiento, independientemente de la evaluación de la calidad de los programas, están vinculadas con la noción de “territorialidad”; es decir, el planteamiento de límites que imaginariamente separan a unos organismos de otros aún cuando compartan los mismos obje-

tivos. Asumir una postura que pretenda demostrar que un programa es mejor que otro con base a consideraciones subjetivas, constituye el mejor ejemplo de una actitud que se aleja de las mejores prácticas.

Las modalidades utilizadas a lo largo del tiempo han sido muy diversas y pueden ubicarse históricamente de acuerdo al tipo de atención otorgada: Las ofrecidas por organismos e instituciones cuya atención no es profesionalizada como los grupos de Ayuda Mutua, cuyo trabajo intenso, cercano y dedicado al manejo de problemas vinculados con la adicción, ofrecen la oportunidad de abstenerse del uso de drogas, y que en algunos casos incluyen también labores de orientación y consejería. En un segundo momento se sitúan las intervenciones médicas enfocadas a la resolución de una condición clínica específica como el manejo de urgencias por intoxicación o abstinencia; también se consideran las Comunidades terapéuticas con apoyo médico. Finalmente, la atención profesional multidisciplinaria para el tratamiento integral del problema considerando la etiología multifactorial.

Cualquier esfuerzo dirigido a contender con el uso de drogas y con los problemas asociados al uso de sustancias se vincula, en gran medida, con



la realización de estudios epidemiológicos que informen sobre la magnitud de estos trastornos, las características sociodemográficas, los patrones de consumo, así como el conocimiento e influencia de los factores de riesgo asociados con su génesis. La disponibilidad e intercambio de información permite planear y coordinar acciones tendientes a disminuir la demanda de drogas y al mismo tiempo reducir el impacto social asociado al consumo.

En México, el derecho a la protección de la salud está inscrito en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en la Ley General de Salud y otros ordenamientos legales, regulan las instancias terapéuticas del país, para dar cumplimiento cabal a los objetivos y consolidar “El logro del bienestar físico y mental del hombre enfocado al ejercicio pleno de sus capacidades; la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana; la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; la extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud, el disfrute de los servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población relacionadas con este ámbito”.

Para cumplir con estas disposiciones, se dispone de ordenamientos normativos en las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con adicciones.

Un estudio auspiciado por la Oficina de las Naciones Unidas para el combate a la Delincuencia y Uso de Drogas (ONUDD) 2003, destaca que los programas exitosos, construyen y orientan sus acciones a la reducción de la demanda de drogas. Para lograr este cometido, recomienda la realización de actividades sustentadas en los siguientes rubros:

1. Abarcar todos los componentes preventivos (desalentar el consumo inicial y reducir las con-

secuencias sanitarias y sociales nocivas del uso indebido de drogas).

2. Incorporar servicios de información, educación, sensibilización pública, intervención temprana, asesoramiento, tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, seguimiento terapéutico y reinserción social.

3. Otorgar tratamiento oportuno y facilidad de acceso a los servicios.

Los objetivos de estos programas a menudo convergen en sus propósitos, debidos fundamentalmente a dos tipos de factores:

1. Las características y componentes de los programas.
2. La variedad de servicios que ofrecen a la comunidad.

Los programas de tratamiento en adicciones generalmente responden a necesidades estatales y de carácter nacional, con un abordaje que se sustenta en modelos interdisciplinarios y transdisciplinarios, que combinan recursos humanos profesionales y paraprofesionales en ambientes libres de drogas e instalaciones específicas, tanto en el plano de Consulta Externa, así como para el manejo de urgencias médicas y de tratamiento residencial.

Las características de la oferta de servicios se basa en la aplicación de una evaluación integral, a través de la cual se persigue, el establecimiento de un plan de tratamiento personalizado, orientado a la abstinencia permanente, que combata los cuadros agudos, la dependencia y la comorbilidad asociada. De acuerdo con lo anterior, se promueve que el paciente tome conciencia de enfermedad, desarrolle su capacidad autogestiva, se responsabilice del cuidado de su salud, prevenga las recaídas y mantenga la abstinencia.

La gama de servicios que se ofrecen a la comunidad debe garantizar un adecuado funcionamiento de las unidades y recursos humanos para garantizar actividades de calidad. Para cumplir con

estos planteamientos se recomienda llevar a cabo programas de capacitación, actualización y supervisión clínica continua para el personal de salud; realizar actividades de investigación epidemiológica, clínica y sociomédica, así como la difusión sistemática de los resultados para retroalimentar o modificar los programas vigentes.

La prescripción farmacológica se relaciona

directamente con la evaluación y diagnóstico del caso, así como con el establecimiento de un plan terapéutico orientado para el control de los cuadros sintomáticos de intoxicación y abstinencia, para la dependencia y apetencia por consumir la droga, el tratamiento de los trastornos asociados y los programas de reducción del daño: sustitución y mantenimiento. 

III JUSTIFICACIÓN

Acorde con la situación actual del país, se debe reforzar y diversificar la oferta de servicios e intensificar las acciones tendientes a promover actividades que hayan demostrado su efectividad. Tomando en consideración la escasez de recursos y la diversidad de marcos teórico prácticos que sustentan la puesta en marcha de diversas alternativas de atención terapéutica, se considera pertinente establecer un frente común para coordinar esfuerzos y obtener mejores resultados en materia de tratamiento y rehabilitación.

Un sistema de atención integral en materia de adicciones representa un reto en el que es necesario tener en cuenta varias consideraciones:

1. Requiere del consenso a nivel nacional de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales dispuestas a participar activamente en la estructuración de una red de servicios para cumplir, en primera instancia, con un objetivo relacionado con la planeación y organización de servicios para atender a un mayor número de usuarios de sustancias.
2. Considera que los usuarios potenciales de estos servicios muestran un patrón de consumo de sustancias disímulo y con variaciones importantes de acuerdo a la región geográfica en que viven.

3. Incluye cierto número de componentes propios de la práctica médica, particularmente en los servicios de urgencias, en tratamientos ambulatorios de corta, mediana estancia, así como en tratamientos de sustitución.

Estos lineamientos incluyen la valoración de diferencias regionales, así como la respuesta de organizaciones gubernamentales y sociales en torno a los problemas derivados del consumo de drogas. No debe considerarse un proceso lineal, en tanto que una óptica parcial no puede dar cuenta del problema global. Sólo aquellos modelos de amplia contribución interdisciplinaria y de participación social, pueden lograr un mayor impacto en la población objetivo.

Este documento constituye la propuesta para crear un Sistema Nacional de Tratamiento Integral de las Adicciones, en él se enuncian líneas de acción concertadas con los integrantes de la Comisión de Tratamiento y Rehabilitación Médica, para consolidar:

1. Procedimientos de apoyo a los servicios básicos de tratamiento.
2. Cooperación para identificar las necesidades prioritarias de tratamiento y rehabilitación, así como los servicios que puedan satisfacer la demanda de atención.

3. Fortalecer la capacidad técnica de los recursos humanos.

4. Apoyar el desarrollo coordinado de programas de tratamiento a nivel federal, regional,

estatal y municipal, que permita crear una infraestructura nacional de servicios.

Un sistema de tratamiento flexible, coordinado e incluyente, representa en sí mismo una fortaleza de cooperación técnica y resultados efectivos. 

IV SITUACIÓN ACTUAL

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO.

Según estimaciones de la Oficina de las Naciones Unidas contra las Droga y el Delito (ONUDD), el consumo de drogas a nivel mundial en 2004, un 3% de la población mundial, 185 millones de personas, hizo uso indebido de las drogas en los últimos 12 meses. La sustancia más frecuente es la cannabis. Se estima que 150 millones de personas la usó por lo menos una vez al año; 38 millones consumieron estimulantes de tipo anfetamínico (8 millones de los cuales consumen "éxtasis"); 15 millones utilizaron opiáceos: heroína, morfina y opio; 13 millones de personas, reportaron uso de cocaína. También señala un aumento en el uso de la vía inyectable.

La ONUDD refiere que en el mundo existen 1,300 millones de fumadores de tabaco. El tabaquismo es considerado como la primera causa de muerte prevenible, se asocia a enfermedad isquémica del miocardio, padecimientos cerebro-vasculares, cáncer de pulmón y otras neoplasias y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, EPOC, entre otras; de acuerdo a las estimaciones de la OMS en el año 2000 ocurrieron 4.9 millones de defunciones relacionadas con uso de tabaco, equivalente a 8.8% del total de fallecimientos; y es responsable de la pérdida de 59.5 millones de años de vida saludable.

La OMS calcula que en el año 2000 murieron unas 200 mil personas a causa del uso indebido de drogas, 0.4% del total de muertes registradas en el mundo. Si se utiliza el criterio de años de vida ajustados en función a discapacidad, este tipo del uso habría causado la pérdida de 11.2 millones de años de vida sana.

También ha identificado el consumo de alcohol como una de las principales causas de la carga global de enfermedades; además de la dependencia al alcohol y la cirrosis, el consumo del alcohol se asocia a muchas otras enfermedades, lesiones y fallecimientos por accidentes de tránsito, homicidios y suicidios. Entre los hombres, representa la causa primordial de discapacidad en los países desarrollados y ocupa el cuarto lugar, en el mundo en desarrollo.

En la región de América Latina y el Caribe el consumo de alcohol es particularmente problemático y tiene el porcentaje más alto del total de muertes atribuibles al consumo de alcohol: 4.5%, comparado al 1.3% de regiones desarrolladas y el 1.6% para regiones en desarrollo. Asimismo, se constata que desempeña un papel importante en la instigación de prácticas sexuales sin protección, comportamientos violentos particularmente dentro de la familia.

En México el consumo de drogas ilegales aún no alcanza las dimensiones que presenta en otras naciones; sin embargo, se observa un incremento no-

table del uso de cocaína, un notorio incremento del uso de metanfetaminas en diversas regiones del país y brotes epidémicos por uso de heroína. La Encuesta Nacional de Adicciones, ENA 2002, señala que 5% de la población entre 12 y 65 años de edad (3.5 millones de personas), han consumido alguna droga ilegal alguna vez en la vida. 569 mil personas, 0.82%, lo hicieron en los últimos 30 días.

La marihuana es la droga ilegal de mayor consumo en 2.4 millones de personas, en una proporción de 7.7 hombres por cada mujer. La cocaína ocupa el segundo lugar en un 1.4% con una relación de una mujer por cada 4 hombres. En orden descendente siguen los disolventes volátiles, los estimulantes de tipo anfetamínico; la heroína y los alucinógenos.

La prevalencia de consumo por sexo en los últimos 30 días fue de 1.3% para los hombres y 0.42% en mujeres; en el último año fue de 2.2% en varones y 0.55% en mujeres; en tanto que el consumo alguna vez en la vida es de 8.59% y de 2.11%, respectivamente.

Entre los adolescentes de 12 y 17 años de edad que han usado drogas alguna vez en la vida, 77.7% corresponde a los varones y 23.3% a mujeres. La edad promedio de inicio para ambos, fue de 14 años. La droga de uso más frecuente es la marihuana, seguida de los disolventes volátiles y en tercer lugar la cocaína. Datos de la misma Encuesta señalan que casi 14 millones, 26.4% de los adolescentes fuma tabaco y 32.3 millones consumen alcohol.

Se estima que existen 13 millones de fumadores y 35 millones de fumadores pasivos en la población total; cada día ocurren 150 defunciones asociadas al tabaquismo. De 1988 a 1998 la cifra de fumadores aumentó de 9.2 a 13 millones. 3.5% de la población inicia el consumo de tabaco antes de los 10 años. Y se observa un incremento en el número de mujeres fumadoras.

El abuso de alcohol en México es un grave problema de salud pública, representa el 9% del peso total de la enfermedad; se relaciona directamente

con 5 de las 10 principales causas de defunción asociadas a enfermedades cardiacas, accidentes, problemas cerebro-vasculares, cirrosis hepática y homicidios, así como lesiones en riñas, accidentes de tránsito, y conductas imprudenciales.

Datos de la ENA 2002, señalan que en el país, 32.3 millones de personas entre 12 y 65 años de edad consumen alcohol. Un 25.7% corresponde al sector juvenil. 3.5 millones de adolescentes ingirió una copa completa en el año previo al estudio. El consumo en la población urbana es de 35% de hombres y 25% de mujeres.

Encuestas en población de enseñanza media y media superior en la ciudad de México, refieren un incremento de 15% en 1989; 21% en 1991, 24% en 1993 y 25% para 1997. El consumo de 5 copas o más, al menos una vez al mes, cambió de 12% en 1991 a 23% en 1997.

Como se puede observar, se han llevado a cabo varios estudios en poblaciones de alto riesgo por el DIF, UNICEF, PNUFID y el INP, que de manera conjunta realizaron el "Estudio de niñas, niños y adolescentes trabajadores en 100 ciudades". 72% de los menores estudiados fueron hombres y 28% mujeres; 7.5% de los varones y 2% de las mujeres han probado drogas ilegales. Las más frecuentes, antes de los 15 años son los disolventes volátiles y marihuana, y en menor proporción, cocaína y pastillas psicotrópicas. De los menores en edad escolar tal como se indica en líneas posteriores, 4% han usado drogas y 28% no viven con su familia. La proporción aumenta con la edad; así, entre los 6 y 9 años un 2% ha probado drogas; entre los 14 y 15 años el 7%, y entre 16 y 17 años el 15%.

El uso de drogas varía en relación con la actividad que desarrollan los menores. Quienes están en situación de mendicidad o se prostituyen, tienen mayor consumo; en el grupo de 6 a 11 años, un 6% dijo usar drogas; el porcentaje aumenta hasta 41% entre los 12 y 17 años de edad. 25% de los menores con familias donde existe una figura paterna, tienen menor posibilidad de trabajar en lugares donde se

ofrecen drogas, en tanto que a un 17% les ofrecieron drogas en su lugar de trabajo.

Un estudio de Centros de Integración Juvenil A.C. (CIJ) sobre tendencias de consumo entre 1990 a 2004, la relación entre varones y mujeres se ha modificado durante este periodo, pasando de una mujer por diez hombres, a una proporción de 5.9 hombres por una mujer. En el último año de este estudio, 24.2% de los pacientes refirieron a la cocaína como la droga de mayor impacto; es decir, la sustancia que

más problemas le ha ocasionado en el ámbito personal, familiar, escolar, laboral y/o social.

En este mismo estudio, la edad de inicio de consumo de sustancias ilegales, se ubica entre los 10 y los 19 años en un 69% y 68% de los casos. En cuanto a consumo de alcohol y tabaco, 32.4% de los casos refieren al alcohol como droga de inicio y 35.8% al tabaco. En el último año la relación fue 55.8% y 47.7% respectivamente. Como sustancia de mayor impacto, el alcohol se reportó en 12.5% de los casos y el tabaco en 6.8%. 

V LINEAMIENTOS DE TRATAMIENTO

La atención terapéutica apropiada requiere del desarrollo y actualización de lineamientos específicos contra el abuso de drogas, por ello, es conveniente reconocer la singularidad y necesidades de cada paciente para otorgar servicios de mayor calidad.

En este contexto, es pertinente efectuar algunas consideraciones descriptivas de carácter general que den lugar a una mayor comprensión del desarrollo y contenido de este apartado. Por otra parte, aunque pueden ser del conocimiento general, dan cuenta de los componentes básicos necesarios para poder efectuar una elección de las alternativas de tratamiento más comúnmente utilizadas.

Los programas de tratamiento requieren de la comprensión total de la historia natural del proceso de recuperación del trastorno adictivo. Este proceso es a largo plazo y requiere de múltiples intentos y cambios conductuales. En general, los pacientes que acuden a tratamiento están involucrados de manera importante en el abuso de sustancias y algunos ingieren alcohol u otras drogas cada día. La tendencia actual, es que inician el consumo a edades tempranas entre los 10 ó 12 años.

Al momento de acudir a tratamiento, muchos pacientes han tenido una variedad de experiencias negativas en un período de tiempo relativa-

mente corto. Esta situación condiciona mal funcionamiento en la familia, en la escuela y a nivel laboral. Muchos pacientes recaen varias veces en el consumo de drogas antes de lograr una abstinencia verdadera independientemente de la sustancia de que se trate.

Algunos pacientes que logran abstinencia en situaciones estresantes pueden recaer en el consumo aún tiempo después de haberla logrado. Al valorar distintas opciones de tratamiento el especialista responsable deberá recomendar un manejo integral.

Algunos adolescentes rechazan las opciones que se les presentan, en favor de intervenciones menos intensivas. Otros rechazarán todo tipo de ayuda externa por que dicen no necesitarla y que "ellos solos" pueden dejar la droga (negación del problema). Por lo anterior, es más conveniente dedicar el tiempo necesario para motivar al paciente para que reciba su tratamiento, en vez de imponer una intervención terapéutica.

A. Intervención terapéutica en personas con consumo problemático de drogas

Entre las personas que consumen drogas en México, se encuentran aquellas que lo hacen de forma experimental, ocasional y habitual. Las per-



sonas con diagnóstico de abuso y dependencia a sustancias (consumo problemático), son las que requieren un programa formal de tratamiento, rehabilitación, reinserción e integración social.

B. Generalidades del Tratamiento

i. Estrategias de sensibilización e información.

En los servicios de salud públicos y privados, se deben difundir los riesgos a la salud provocados por el consumo de drogas. Dar a conocer a los usuarios y consumidores, la evidencia científica de las consecuencias de éste consumo problemático y las razones por las que se justifica su inclusión en programas de tratamiento y rehabilitación. A través de campañas masivas de información, propiciar la búsqueda de atención y su adecuada canalización a los servicios especializados.

ii. Estrategias de detección oportuna.

Identificación de personas que presenten problemas asociados al consumo de drogas. Conocer las particularidades de la población objetivo. Lo fundamental, es lograr ubicar, definir y evaluar el estado motivacional en que se encuentra, y dirigirlo hacia una etapa de cambio que le posibilite la toma de decisión y el ingreso a un tratamiento. Se aplican instrumentos estandarizados que coadyuvan a identificar y reconocer situaciones que indiquen una probabilidad de consumo problemático en la propia persona, o de otra. La instancia más propicia en salud, para la detección temprana, corresponde al primer nivel de atención, el cual debe contar con directorios de organizaciones e instituciones para la referencia de casos. Se deben realizar acciones similares al interior de los servicios de salud de los Centros de Readaptación Social, Servicios de Urgencia de los Hospitales y Servicios de Psiquiatría.

iii. Definición y Consideraciones Teóricas

Existen marcadas diferencias entre los programas de tratamiento de distintas organizaciones involu-

cradas en el manejo de las adicciones en el país; con miras a esclarecer las acciones del presente documento, resulta conveniente recordar dos conceptos esenciales sobre la terapéutica integral de las adicciones:

1. ¿Qué se entiende por adicciones? y
2. ¿Qué se entiende por tratamiento?

La Organización Mundial de la Salud, OMS, define la adicción o dependencia como una enfermedad mental crónica, caracterizada por recaídas frecuentes. En este trastorno participan una diversidad de factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen tanto sobre su desarrollo como en sus manifestaciones y evolución.

El término “tratamiento” se refiere a una gran variedad de procesos y actividades que tienen como premisa participar con el usuario de sustancias en la solución de su problema. Este término ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el proceso que da inicio cuando los usuarios de sustancias psicoactivas se ponen en contacto con un profesional de la salud u otra organización comunitaria y que pueden continuar [su tratamiento] a través de una sucesión de intervenciones específicas hasta alcanzar el mayor nivel de bienestar y de salud posible”.

A su vez, el tratamiento y la rehabilitación se conceptualizan como “un enfoque amplio de acciones para el cuidado de la salud e integración social de las personas que presentan problemas ocasionados por el uso de cualquier sustancia psicoactiva”. Tiene por objeto suspender o reducir el uso de sustancias y disminuir los efectos nocivos sobre la salud, la familia y el entorno social.

El uso y abuso de drogas se entiende como una enfermedad crónica, sujeta a recaídas, en la que intervienen múltiples factores; entre ellos se identifican los hereditarios, individuales, familiares y sociales. En cuanto a la herencia, estudios científicos han demostrado la relación entre consumo

de alcohol en uno o ambos padres y su posible aparición en alguno de los hijos. Investigaciones recientes en el ámbito de las neurociencias, intentan correlacionar la presencia de neurorreceptores y neurotransmisores específicos en el ser humano, como un posible factor de predisposición para el uso y dependencia a otras sustancias.

Se sabe que el tratamiento es un proceso a largo plazo en el cual las recaídas son frecuentes; sin embargo, existe una gran cantidad de reportes científicos que indican que el tratamiento representa una estrategia efectiva en la reducción de consumo de drogas, de los trastornos asociados así como de los problemas sociales relacionados con el uso de sustancias. Esta aseveración está respaldada por un mayor número de programas y técnicas específicas para contender con los requerimientos y necesidades específicas de las personas afectadas por este trastorno.

Es pertinente considerar que existen limitaciones. No todas las personas que abusan o son dependientes de sustancias acuden a solicitar tratamiento y aquellas que lo hacen, tienden a solicitar ayuda cuando el abuso de drogas se presenta como un trastorno crónico que reduce las posibilidades de un resultado exitoso. Como se mencionó con anterioridad los dependientes a sustancias son propensos a las recaídas por lo que es necesario promover la motivación para el tratamiento hasta que finalmente logren un control.

En cuanto a los factores de la historia del sujeto adicto, se destaca la presencia de psicopatología previa como la depresión, ansiedad, fobias y trastornos de personalidad. De igual manera, se identifican conductas emocionales como extrema dependencia, poca tolerancia a la frustración e impulsividad.

En relación con el grupo familiar, incluyendo a padres, hermanos y otros familiares cercanos, es frecuente el consumo de sustancias legales como tabaco, alcohol, y fármacos de uso médico para contender con dificultades de la vida cotidiana.

También se han identificado factores familiares asociados al consumo de drogas como la violencia doméstica, el maltrato y abuso sexual en la infancia, trastorno por déficit de atención, así como conductas poco saludables que interfieren con un desarrollo psicológico normal.

Entre los factores sociales que inciden en la génesis de este trastorno se encuentran la disponibilidad y fácil acceso a las sustancias lícitas e ilícitas a edades cada vez más tempranas; información contradictoria en medios masivos de comunicación, disminución de la calidad de vida al aumentar la migración a polos urbanos en búsqueda de una mejoría económica, aumento de la violencia, delincuencia y de manera asociada, un paulatino incremento de estrés psicosocial. En estas condiciones podemos afirmar que en el tratamiento coexisten los planos biológico, psicológico y social. Se identifica la necesidad de intervenir desde una perspectiva multidisciplinaria, complementaria y sinérgica.

Las actividades prácticas en el plano biológico coinciden con la inclusión del personal médico y de enfermería mediante procedimientos y técnicas dirigidas al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, que permitan limitar el daño orgánico, discapacidad y muerte, a través de la intervención oportuna con los procesos de desintoxicación, estabilización y control de patologías resultantes de la interacción del individuo con la droga.

En el ámbito psicológico es aplicada por el psicólogo o psiquiatra con formación psicoterapéutica, mediante la utilización de procedimientos y técnicas relativas al campo de la salud mental.

En el plano social, desde la perspectiva de la reinserción, la intervención es responsabilidad de los trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores y otros profesionales afines, quienes deben utilizar técnicas que tiendan al desarrollo armónico en sus diversos componentes, considerando las áreas: familiar, educativa, laboral y la administración del tiempo



libre a fin de implementar las redes de apoyo social.

La intervención terapéutica supone la comprensión y conocimiento de este trastorno y por ello requiere la realización de las siguientes actividades:

- Evaluación, delimitación e inicio del problema.
- Formulación y control de las hipótesis.
- Selección de objetivos.
- Especificación de variables.
- Tratamiento (acorde a la disponibilidad real).
- Evaluación del proceso y del resultado.
- Seguimiento de los resultados alcanzados.

Este modelo de intervención promueve que la práctica clínica se realice con una visión:

- Multidimensional: eliminando observaciones reduccionistas se acepta que la complejidad del problema admite niveles interrelacionados y planteamientos complementarios.
- Multidisciplinaria: busca la integración de diferentes disciplinas.
- Multiparadigmática: Contribuye a la búsqueda de soluciones saludables desde diferentes marcos teóricos.

iv. El tratamiento como estrategia para la reducción de la demanda

En la actualidad casi todos los países analizan las estrategias más efectivas para hacer frente al abuso de una o más sustancias adictivas. Al respecto, los servicios de tratamiento y rehabilitación ocupan un lugar preponderante en la solución de este grave problema de salud pública, en el que es indispensable la participación activa y orquestada de la comunidad en general y de los prestadores de servicios, así como también la de los propios afectados por el consumo de drogas y sus familiares.

La atención terapéutica debe incluir actividades específicas de desintoxicación, tratamiento

farmacológico, psicoterapias y asesoramiento psicossocial. Se sugiere que todo tipo de tratamiento cumpla al menos con los siguientes tres objetivos:

1. Reducir el número de casos de dependencia a sustancias psicoactivas.
2. Reducir la morbilidad y mortalidad causada o asociada con el uso de sustancias.
3. Asegurar que los usuarios sean capaces de obtener mayores beneficios de orden físico y mental; de habilidades sociales, así como de tener un mayor acceso a servicios y oportunidades que les permitan alcanzar una integración total completa.

En consecuencia, el tratamiento se reconoce como un componente esencial de una estrategia integral para la reducción de la demanda y por tanto deben tomarse en cuenta dos enunciados fundamentales:

1. El tratamiento debe mostrar que es efectivo para reducir el consumo de drogas, y se debe
2. Disponer de capacidad y personal suficiente de manera que permitan el acceso a tratamiento, a un amplio número de personas afectadas por el consumo de psicotrópicos.

Así, la efectividad del programa se traducirá en el logro de mayores coberturas y en consecuencia, tendrá un impacto saludable en la comunidad.

v. Efectividad del tratamiento

Se ha identificado que un componente exitoso contra el abuso de drogas es la asociación y la cooperación activa entre organismos centralizados y autoridades locales, organismos no gubernamentales, proveedores de servicio y la comunidad en su conjunto.

Destacando que en nuestro país las adicciones frecuentemente se asocian con un estigma social, es indispensable la participación de agentes

comunitarios y líderes de la localidad para promover una comprensión clara de todos los factores que inciden en el uso de drogas y la manera más eficaz de tratarlos. El apoyo de los servicios de tratamiento en la comunidad presenta grandes ventajas, ya que puede fomentar la creación de un entorno propicio para obtener los recursos necesarios para el funcionamiento y desarrollo de unidades operativas.

De acuerdo con la ONUDD, una estrategia de tratamiento eficaz incluye componentes de:

- Colaboración de los organismos participantes.
- Participación de los usuarios de los servicios, así como de la comunidad.
- Compromiso político de las autoridades.
- Análisis de la situación y planificación adecuadas.
- Asignación de recursos en función de las necesidades.
- Comprobación científica.
- Aplicación de un criterio progresivo y gradual.
- Fomento de la colaboración, la coordinación y la integración.
- Intervenciones en la propia comunidad.
- Disponibilidad y accesibilidad de los servicios.
- Supervisión de la ejecución.

El Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA), enuncia los siguientes lineamientos en materia de tratamiento y rehabilitación:

- No existe un único tratamiento apropiado para todos los individuos.
- El tratamiento debe estar disponible y ser de fácil acceso.
- La efectividad responde a todas las necesidades de la persona y no se limitan al uso de drogas.
- Los programas deben ser evaluados y modificados periódicamente y para que respondan a las necesidades cambiantes de las personas y su contexto.
- La consejería individual y grupal, además de las

técnicas conductuales, deben ser parte importante de los programas de tratamiento.

- El uso de medicamentos es útil, pero siempre combinado con tratamiento psicoterapéutico.
- Diagnosticar y tratar los padecimientos asociados al uso de sustancias.
- La desintoxicación es sólo la primera etapa del tratamiento, por si solo no tiene mucho valor.
- La admisión no necesita ser voluntaria para ser efectiva.
- Los programas de tratamiento deben promover la detección de VIH/SIDA, hepatitis, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas y promover la evitación de conductas de riesgo.
- La rehabilitación debe considerar las recaídas como parte del proceso evolutivo para lograr la abstinencia. Se debe incentivar la participación en grupos de Ayuda Mutua.

vi. Servicios de acceso directo

Es conocido que algunas personas pueden mostrarse renuentes a recurrir a los servicios especializados de tratamiento para las adicciones, de modo que los recursos de acceso directo pueden ser un lugar decisivo de primer contacto. Es común que la persona que tiene un problema de drogas, recurra a un servicio de acceso directo por un problema de índole general, por ejemplo, un problema de salud, dificultades en sus relaciones o preocupaciones financieras, y que sus dificultades relacionadas concretamente con el abuso de drogas, se descubran en el curso de su contacto con ese servicio. Estos servicios actúan como puntos importantes iniciales para las personas con problemas relacionados con las drogas y de las personas que se preocupan por la adicción de otra (padre, madre, hermano, cónyuge, parejas y/o amistades).

Las acciones o servicios que se ofrecen pueden comprender las siguientes actividades:

- Acercamiento y orientación en la comunidad; servicios de prevención de la transmisión de virus



por la sangre, asesoramiento en el intercambio de jeringuillas y agujas y educación en materia de prevención de sobredosis. Apoyo fundamental son los Programas Básicos de Salud como el de Cáncer cérvico-uterino y de mama, Vacunación Universal, Planificación Familiar, entre otros.

- Servicios de orientación sobre unidades de atención existentes en la comunidad.
- Líneas telefónicas de ayuda para brindar orientación con carácter anónimo y confidencial.
- Juntas de Información de Grupos de Ayuda Mutua para adictos y familiares.

vii. Tratamientos estructurados

Por tratamiento estructurado se entiende aquel que se basa en una valoración clínica diagnóstica de la problemática, en la elaboración de planes de atención con objetivos establecidos de acuerdo a las necesidades de las personas y su contexto, con una estructura y duración definidas. Estos programas tienen diferente intensidad de contención en su diseño y estructura. Existen en modalidad hospitalaria, residencial y ambulatoria y se diferencian en su grado en el que la ofrecen; para un problema de mayor complejidad, se requiere habitualmente mayor estructura. Así, dentro de los de mayor contención, se encuentran los programas terapéuticos residenciales, con una estructura muy definida, intenso calendario de sesiones educativas, terapéuticas y de formación—individuales y en grupo— para promover la rehabilitación. Un Sistema Nacional de Tratamiento Integral para pacientes con problemas de consumo y con adicción debe seguir un proceso metodológico estructurado que permita establecer prioridades de intervención y establecer un seguimiento de la evolución integral del paciente.

C. Aspectos conceptuales para la utilización de Servicios de Tratamiento.

Suchman propuso que en la conducta del paciente puede distinguirse la siguiente secuencia:

- Percepción de los síntomas
- Adopción del papel de paciente con validación provisional de individuos no profesionales
- Contacto con los servicios de atención médica
- Ingreso en la relación médico-paciente y
- Recuperación y rehabilitación

Mechanic ha identificado cuatro variables que permiten distinguir la forma en que los síntomas pueden ser percibidos por el paciente y pueden llevarlo a diferentes reacciones:

1. Visibilidad y frecuencia de los síntomas.
2. Grado de severidad de los síntomas.
3. Existencia de sistemas alternativos para interpretar los síntomas.
4. Factores no sociológicos, tales como las características de los servicios de salud.

Aunado a estas variables es necesario:

1. Identificar los principales obstáculos que los pacientes y las familias enfrentan para la utilización de los servicios.
2. Una vez identificados los principales obstáculos, asociarlos con la percepción de quien otorga el tratamiento.

Para el abordaje de la utilización de los servicios es importante analizar ¿por qué se usan?, ¿por qué no se usan? o ¿por qué se usan de una manera determinada? Rosenstock propuso que la utilización de servicios podía explicarse distinguiendo tres tipos de variables:

1. El nivel de disposición del individuo para utilizar los servicios, compuesto por la percepción del individuo sobre la gravedad de su enfermedad y su susceptibilidad.
2. Los beneficios y barreras percibidas, en cuanto a decidirse a utilizar los servicios.
3. Los detonantes de la acción, percepción del estado corporal y la interacción con los otros.

Anderson sugirió que la utilización de los servicios es el resultado de tres variables:

1. La necesidad de atención médica, tanto desde el paciente como del personal de salud.
2. Los factores predisponentes, variables socio-demográficas como edad, sexo, composición familiar, ocupación y clase social, asociadas a las actitudes y creencias en torno a la salud y la enfermedad.
3. Los factores capacitantes que se asocian a la condición socioeconómica ya sea en el ámbito familiar –ingresos, seguro médico– o bien comunitario –disponibilidad, accesibilidad, entre otros–.

D. Modelos de Tratamiento

a. Modelo Hospitalario

Está fundamentado en el modelo médico y su utilización es básica para el:

- Tratamiento del daño orgánico
- Desintoxicación
- Control de la abstinencia
- Disminución de los efectos de las sustancias
- Mantenimiento a largo plazo
- Tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica
- Se emplea fundamentalmente la Farmacoterapia para:
 - Reducir los signos y síntomas de la intoxicación y abstinencia.
 - Eliminar el efecto de la droga y reforzamientos subjetivos (antagonistas como la naltrexona).
 - Promover que el uso de la droga sea de tipo aversivo a través de una interacción farmacológica (disulfiram).
 - Empleo de estrategias de sustitución (metadona, parches de nicotina).
 - Tratamiento de padecimientos asociados.
 - El empleo de metadona, buprenorfina y naltrexona, es un recurso disponible para pacientes con adicción a opiáceos.
 - Los antidepresivos o los neurolépticos, pueden formar parte importante de un tratamiento exitoso para pacientes con comorbilidad, como depresión, trastornos por angustia, bipolares o psicóticos

i. Desintoxicación: Intoxicación aguda.

La intoxicación aguda es un estado transitorio, consecutivo al consumo de alcohol u otra sustancia psicoactiva, que provoca una alteración en los niveles de la conciencia, cognitivo, perceptual, afectivo, conductual o en las funciones y respuestas psicofisiológicas. El grado de la intoxicación, generalmente depende de las dosis de sustancia psicoactiva consumida previamente, aunque algunas personas reaccionan en forma desproporcionada. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo y la recuperación generalmente es completa.

Los cuadros de intoxicación aguda deben ser abordados en los servicios de urgencia, bajo control médico, para lo cual se requiere capacitar y entrenar al personal en el manejo de los mismos.

El consumo de la sustancia desde su inicio o fase aguda puede presentar un síndrome de intoxicación, de acuerdo a la severidad puede representar una verdadera urgencia médica, en la que la participación del profesional de la salud, –médico, químico y enfermera– es decisivo. Para la atención del paciente, se debe contar con personal capacitado; con estudios de laboratorio que orienten al médico a determinar si se enfrenta a una intoxicación por una o varias drogas, dato que permitirá establecer un plan terapéutico que permita estabilizar al paciente (contrarrestar el efecto farmacológico adverso), eliminar en lo posible la droga y limitar complicaciones que puedan evolucionar a daño orgánico, tales como hipertensiones, cardiopatías, neuropatías, encefalopatías y que de no recibir la atención específica, evolucionan a discapacidad, como infartos en diferentes localizaciones o llegar hasta la muerte.

ii. Desintoxicación: etapa de estabilización.

El consumo crónico de drogas generalmente evoluciona a daño orgánico, discapacidad y muerte. El daño orgánico es una actividad que se debe incorporar en la atención subsecuente de



pacientes con consumo problemático o con adicción. Se debe buscar, de acuerdo a los antecedentes de consumo, la afectación en un órgano o sistema y determinar su grado, paralelamente incorporarlo a programas de atención profesional psiquiátrica, psicológica, Ayuda Mutua, comunidades terapéuticas. Así como, el manejo y seguimiento de terapia sustitutiva, para que la intervención sea integral, en la que se detecten desviaciones al plan terapéutico establecido y las consecuentes correcciones en beneficio del paciente y en la optimización de recursos disponibles que permitan abatir los altos costos en la salud pública del manejo de daño orgánico discapacitante.

La desintoxicación clínica es la etapa inicial e intensiva del tratamiento psicosocial. En estos programas, habitualmente hospitalarios y residenciales, se administra un tratamiento de desintoxicación bajo supervisión médica. Las personas usuarias problemáticas de ciertas drogas (opioides y drogas sedantes e hipnóticas), muy probablemente sufrirán complicaciones relacionadas con la abstinencia y requerirán un proceso de privación (desintoxicación) con supervisión médica. El síndrome de abstinencia que se puede desarrollar al suspender el uso de una droga, variará según la droga de que se trate.

Los síntomas generales comunes son la necesidad imperiosa de consumir la sustancia, ansiedad, inquietud, irritabilidad, insomnio y falta de concentración.

Los dependientes a estimulantes, en particular anfetaminas y cocaína, también pueden necesitar supervisión médica durante la fase aguda de abstinencia, que se presenta después de la cesación del consumo de la droga. Muchos de ellos, en estas condiciones requieren uso de medicación apropiada, que permite tolerar mejor esta etapa y prevenir algunas complicaciones, tales como trastornos del sueño, agitaciones psicomotoras y/o, incluso, algunos cuadros psicóticos, entre otros.

El objetivo principal de los programas de desintoxicación es lograr la abstinencia en la forma más segura y cómoda posible. La desintoxicación no constituye, por sí misma, un tratamiento de rehabilitación y no es suficiente para que las personas logren una abstinencia duradera. La desintoxicación es, más bien, la primera etapa de los programas de tratamiento encaminados a posibilitar la abstinencia y la recuperación. Permite el control de síntomas y cuadros psiquiátricos mediante la ingesta de medicamentos.

b. Modelos ambulatorios.

Los servicios de desintoxicación en régimen ambulatorio, son indicados cuando se considera que las personas con trastornos por uso de sustancias pueden abstenerse de consumirlas sin salir de la comunidad. Por lo general, la desintoxicación se inicia en el centro que ejecuta el programa, o en el domicilio de la persona, con un período de estabilización durante el cual se administran sustancias de apoyo.

Después de esta etapa, se va reduciendo gradualmente la dosis a lo largo de un período, que fluctúa entre algunas semanas y varios meses. En ese lapso, se puede alentar a la persona a recibir asesoramiento, tratamiento médico y otros servicios terapéuticos como: psicoterapia individual, familiar, grupal, orientación a familiares de adictos y grupos de ayuda mutua.

i. Desintoxicación a corto plazo en régimen de internamiento o residencial.

Esta modalidad es utilizada principalmente para el tratamiento de la intoxicación severa, el síndrome de abstinencia y/o sus complicaciones. Estas personas, que muy probablemente no pueden abstenerse de las drogas si permanecen en la comunidad, necesitarán un entorno supervisado y controlado por especialistas.

Los objetivos fundamentales de esta etapa son recibir, evaluar, diagnosticar agudamente (situa-

ción de consumo, comorbilidad psiquiátrica y física, estado motivacional y compromiso psicossocial), aplicar estrategias motivacionantes, fomentar la motivación existente para continuar en tratamiento y derivación asistida a otro lugar de la red asistencial.

Este internamiento breve puede ser aprovechado para el inicio de un proceso de tratamiento de largo alcance. Los síntomas agudos del paciente pueden ser tratados eficazmente y con rapidez, lo que quiere decir que éste pronto estará lúcido y podrá ser evaluado, entre otros aspectos, sobre su motivación, así como los estadios, procesos y niveles de cambio por los que atraviesa.

Muchas veces, la ocurrencia aguda que motivó el internamiento del paciente, puede actuar como instigador para favorecer, en algún grado, la motivación hacia el cambio. Esto será mucho más factible si el terapeuta aplica estrategias de motivación para lograr que el paciente continúe con el tratamiento, el cual dependerá de la evaluación básica y podrá ser eventualmente ambulatorio. Debe incluir en este caso, un contrato terapéutico que favorezca la adherencia del paciente pero que, a su vez, especifique que si el tratamiento ambulatorio no funciona, el paciente aceptará otra modalidad terapéutica más intensiva.

El establecimiento de una adecuada relación terapeuta-paciente se constituirá en un reto para el terapeuta, ya que de ella dependerá, en gran medida, el logro de la adherencia al tratamiento de un paciente, que podría estar incluso en etapa precontemplativa o contemplativa.

No hay que olvidar que la severidad del terapeuta para establecer normas rígidas o modalidades de tratamiento intensivo (internamiento) como única alternativa, es uno de los factores que determina la ausencia de adherencia y el abandono del tratamiento por el paciente.

En la mayoría de esos programas, se pasa de una etapa de desintoxicación a una etapa bastante breve de prevención estructurada de recaídas,

asesoramiento y educación, con la perspectiva de remitir a la persona a otro servicio. Cabe observar que algunas de las personas que se están absteniendo de consumir drogas, frecuentemente presentan otros problemas físicos y psicológicos, de modo que los programas de internación a corto plazo pueden constituir una oportunidad propicia para descubrir o tratar esos problemas.

ii. Rehabilitación: etapa de prevención de recaídas.

En la etapa de rehabilitación o de prevención de recaídas, se atiende a las necesidades de las personas que han concluido la fase de desintoxicación. Los programas de prevención de recaídas o de rehabilitación tienen por objeto cambiar el comportamiento de los pacientes para que puedan poner freno al deseo de consumir sustancias. En esa etapa se aplican intervenciones psicossociales y sanitarias, que pueden incorporar la farmacoterapia.

c. Intervenciones comunitarias y ambulatorias.

Estos programas ofrecen un plan de atención psicoterapéutica o de asesoramiento general. El plan se suele configurar en función de las necesidades de cada participante, con arreglo a un método de gestión de casos. El método está basado en la determinación inicial y continua -por parte de un clínico o una persona especializada-, de los problemas, recursos personales, apoyos sociales y factores de tensión existentes. Ese análisis da lugar al establecimiento de un conjunto de metas individuales de tratamiento que la persona ha de alcanzar, cuyo cumplimiento se verifica y examina periódicamente en el curso del tratamiento.

La gestión de casos abarca también funciones de enlace y la remisión a otros servicios auxiliares de apoyo que necesite el participante, así como a otros programas especializados pertinentes.

En muchos países, la mayoría de los consejeros utilizan técnicas cognitivo conductuales y motivacionales centradas en el usuario y ofrecen un tra-



tamiento cuya duración oscila entre una intervención breve, de 1 a 3 sesiones, y un programa estructurado de varios meses de duración.

En nuestro país, al igual que en muchos otros existen programas ambulatorios estructurados, con intervenciones terapéuticas individuales, grupales y familiares, que van desde planes básicos, con asistencia de dos veces por semana, a planes más intensivos, a los cuales se espera que los participantes asistan 4 o días por semana varias horas por día. Se trata de ayudarles a comprender y reconocer mejor su comportamiento en relación con el consumo de drogas, con miras a mitigar las consecuencias negativas de éste y a evitarlo. Además, las sesiones de asesoramiento y educación individuales y en grupo pueden girar en torno a cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA, las relaciones familiares, la formación profesional, la reinserción laboral, el apoyo en materia de vivienda y asuntos jurídicos.

Los servicios en centros públicos y privados con planes estructurados de tratamiento y rehabilitación, ofrecen programas claros, con determinación de necesidades, planes y metas claramente definidos y exámenes periódicos, a diferencia de los servicios de orientación e información, que ofrecen apoyo inmediato y asesoramiento no programado.

d. Intervenciones y programas de rehabilitación residencial.

Hay programas de rehabilitación residencial a corto y a largo plazo. Los primeros suelen incluir un plan de desintoxicación en la primera etapa y duran de 30 a 90 días.

Los programas a largo plazo, por lo general no comprenden la abstinencia con supervisión médica y duran de seis meses a un año. El modelo más común de rehabilitación residencial a largo plazo es la “comunidad terapéutica”.

Los servicios de rehabilitación residencial tienen varias características en común:

Vida comunitaria con otros dependientes en recuperación; asesoramiento individual y en grupo para prevenir recaídas; gestión de los casos en forma individual; desarrollo de la capacidad para enfrentar la vida cotidiana; formación y experiencia laboral; servicios de vivienda y reinstalación y apoyo al postratamiento o seguimiento.

Por lo general, se usa una metodología análoga a la de los grupos de ayuda mutua, tales como narcóticos anónimos y cocainómanos anónimos. Algunos de esos programas disponen de hogares intermedios o de transición, que son espacios colectivos semi independientes, situados generalmente cerca del lugar donde se administra el programa residencial principal.

En esos hogares se ofrece al grupo la posibilidad de prepararse para regresar a la comunidad y, al mismo tiempo, se le sigue dando el apoyo institucional que necesita.

i. Programas e intervenciones farmacológicas.

Dentro de las modalidades de tratamiento y rehabilitación, ambulatorias y/o residenciales de la persona con consumo problemático de drogas, está el tratamiento psiquiátrico. Éste, desde la década de los años ochenta y noventa buscó la rehabilitación, poniendo énfasis en el diagnóstico clínico, la psicoterapia y la farmacología. En esta última se han hecho grandes esfuerzos para conseguir drogas agonistas o antagonistas, que pudieran favorecer la extinción de la dependencia a psicotrópicos. Muchos de los medicamentos utilizados han tenido como meta solucionar el problema de la adicción. Los resultados de esta utilización a largo plazo, han sido escasos, por lo que prosigue la investigación dirigida, entre otros aspectos, a bloquear los efectos de las drogas en el circuito del placer (Olds, 1954) a través del hallazgo de nuevas sustancias o de “vacunas”.

E. Detección de necesidades de capacitación

En torno al panorama nacional actual en materia de recursos humanos formados para la detección,

tratamiento y rehabilitación de las adicciones, en los diferentes niveles de servicio, de acuerdo con los diferentes momentos del curso de la enfermedad adictiva, se presentan las siguientes consideraciones:

En nuestro país el tratamiento de las adicciones en su inicio se abordó en sus diferentes vertientes por personal habilitado principalmente por adictos en recuperación, familiares de adictos y voluntarios interesados en el tema, por personas con alto sentido altruista que en muchos casos han visto su esfuerzo y dedicación con el éxito del paciente atendido, pero en muchos otros no han detectado el motivo del fracaso y paso a seguir con el paciente con persistencia en el consumo, con los consecuentes efectos devastadores en este.

Diferentes instituciones reconocen la carencia de personal especializado (medicina y enfermería) que atienda específica y oportunamente esta patología sobre todo en los servicios de urgencias y de atención específica a complicaciones, daño orgánico y manejo subsecuente no psiquiátrico de pacientes portadores de adicción o consumidores problema, mismos que generan altos costos institucionales cuando no se detecta oportunamente la complicación y evoluciona a daño orgánico en muchas ocasiones discapacitante, los que pueden llegar a la muerte.

No es posible crear agregados académicos a las cartas curriculares de las especialidades actuales, por el tiempo que lleva la autorización de estas modificaciones, por lo que es necesario contar con especialistas específicos en unidades hospitalarias que ejerzan influencia en unidades primarias de salud dependientes del hospital sede.

De los especialistas que han participado en la atención de adicciones, muchos con formación en especialidades que contemplan la atención a las adicciones en su formación académica en forma parcial, por estar dirigidas además a otros procesos de intervención a otras patologías, lo que a provocado un énfasis parcial del tratamiento a las adicciones dirigida solo a algunos de los aspectos de esta misma, que en la actualidad, ha crecido en dimensiones hace 30 años inimaginables y que se comporta en la actualidad como una epidemia, ya que es un problema de salud pública con impacto bidireccional del entorno social como consecuencia de la descomposición del tejido social, con repercusiones devastadoras en los diferentes ámbitos de desarrollo de una comunidad (inseguridad pública, deserción escolar, núcleo familiar patológico etc.) ya que la población que debería participar activamente en el desarrollo armónico de esta, no forma parte en la participación productiva y en consecuencia genera costos de gran impacto por esta enfermedad y sus complicaciones.

Considerando que la adicción es una enfermedad crónica de etiología multifactorial, con efectos limitantes en la participación plena del individuo en su entorno y con complicaciones en los diferentes órganos y sistemas de la economía humana que pueden llegar a ser discapacitantes y mortales, en los que el tratamiento debe ser abordado integralmente por las diferentes áreas implicadas se debe contar con un programa de profesionalización y formación de recursos humanos para el tratamiento integral de las adicciones. 

VI OBJETIVOS

A. General.

Establecer un Sistema Nacional de Tratamiento Integral de las Adicciones, eficiente, efectivo e incluyente que opere en los diferentes órdenes de gobierno y de carácter social para contender con la patología adictiva y comorbilidad asociada.

B. Específicos.

- Difundir y Promover la consolidación del sistema Implementar mecanismos de coordinación y cooperación entre los organismos e instituciones para favorecer la eficiencia del sistema.
- Establecer un sistema de referencia de casos de carácter recíproco y complementario en el proceso de tratamiento.
- Aplicar las estrategias terapéuticas acordes a los lineamientos nacionales e internacionales vigentes.
- Evaluar la operatividad del Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones destinado al usuario de sustancias y su familia, en cada entidad federativa del país, oportuno, actualizado y acorde a los ordenamientos legales, administrativos, éticos y otros en materia de salud.

a. Universo de trabajo y población objetivo.

Lo integran todos los pacientes usuarios de sustancias y sus familiares a todos los niveles, que requieran de atención médico-psicológica y psiquiátrica que participen de las organizaciones e instituciones que laboran en tratamiento para las adicciones, integrantes de este sistema. En consecuencia, la población beneficiaria de las acciones derivadas de la actuación del sistema, incluye todas las condiciones de la patología adictiva y su comorbilidad en sus distintos estadios.

b. Evaluación Operativa del sistema.

La propuesta de evaluación del funcionamiento del sistema se llevará a cabo a través de protocolos que de manera conjunta habrán de ser diseñados para su aplicación periódica. El informe de esta actividad describirá la cobertura alcanzada, funcionamiento y coordinación de los servicios, cumplimiento de los objetivos, e incluirá recomendaciones pertinentes para corregir omisiones y desviaciones, así como componentes de calidad de los servicios. 

VII ANEXOS

ANEXO 1. ALGUNOS ASPECTOS DE LA PSICOTERAPIA DEL PACIENTE ADICTO

Introducción. La utilización de técnicas psicoterapéuticas en el ámbito de las adicciones ha generado una gran cantidad de controversias en el pasado. Un gran número de profesionales destacan los beneficios obtenidos por dependientes a sustancias con el uso de estas técnicas, sin embargo, en el polo opuesto, muchos pacientes han expresado experiencias frustrantes y escasos beneficios con el uso de la psicoterapia. Ambas aseveraciones requieren en todo caso, identificar cuáles son las modalidades de psicoterapia que pueden ser de mayor utilidad al tomar en consideración el tipo de sustancias utilizadas y el contexto de tratamiento en el que se llevan a cabo.

Esta porción anexa, que forma parte del Sistema Nacional de Tratamiento Integral de las adicciones, intenta plantear una visión general de la evidencia empírica existente en el campo de las técnicas psicoterapéuticas con pacientes adictos, pero no constituye en sí misma, un planteamiento técnico ni una revisión o listado bibliográfico de los estudios realizados sobre este tema. En vez de ello, destaca los tratamientos psicoterapéuticos más exitosos en el tratamiento de pacientes con

problemas con el uso de sustancias. Intenta también, describir brevemente los enfoques terapéuticos que en la actualidad han mostrado mayor eficacia terapéutica en el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias.

Definición. En conjunción con los propósitos de este documento utilizamos la definición de Woody, Luborsky, McLellan y O'Brien (1989), quienes plantean que el "tratamiento psicológico pretende modificar los conflictos intrapsíquicos e interpersonales". Aunada a esta definición de la psicoterapia tradicional, se incluyen estrategias psicológicas, conductuales y cognitivo-conductuales desarrolladas para el tratamiento específico de estos trastornos. Excluyendo la consejería y algunas variantes técnicas, la definición puede ser ampliada, y decir que representa también "el manejo regular y sistematizado de pacientes usuarios de sustancias a través del monitoreo de la conducta (urianálisis y empleo), el reforzamiento de las normas del programa (asistencia regular y apego al tratamiento), así como la provisión de servicios concretos como la referencia a bolsas de

trabajo, servicios de legales y médicos (Woody, 1989).

Postulados Generales. Existe una gran cantidad de literatura sobre psicoterapia en el tratamiento de alcohólicos, usuarios de cocaína y adictos a opiáceos. Se conoce que otros usuarios de sustancias como la marihuana y las benzodiazepinas han recibido tratamiento con métodos psicoterapéuticos, existe poca evidencia empírica acerca de la efectividad de la psicoterapia en este tipo de pacientes. Aunque algunas estrategias psicoterapéuticas puedan ser utilizadas con estas últimas poblaciones, no existe un buen número de reportes que indiquen una eficacia significativa con este tipo de poblaciones.

En este sentido la efectividad se entiende como el grado en que una técnica terapéutica disminuye la frecuencia y cantidad de uso de alcohol u otras sustancias, promueve cambios conductuales dirigidos a la socialización compatible con un estilo de vida libre de drogas, o bien, que incrementa el compromiso y retención de los pacientes en el proceso terapéutico. La medición de uso de alcohol u otras drogas a través del auto reporte se utiliza frecuentemente como un indicador; sin embargo, en investigaciones más recientes, la confirmación de reportes sobre mediciones biológicas como el urianálisis, la espirometría y las pruebas de funcionamiento hepático, conjuntamente con otros reportes del cónyuge y del empleador, se han llegado a considerar como instrumentos de información regular.

El índice de Severidad adictiva, ASI, de McLellan, Luborsky, Woody & O'brien (1980), se considera el mejor instrumento multidimensional para efectuar modificaciones sobre los cambios conductuales válidos y confiable en materia de adicciones. Finalmente, numerosos estudios en el campo de la dependencia, sugieren una relación positiva entre el tiempo de tratamiento y un resultado favorable; en consecuencia, la duración en

tiempo, ha llegado a constituir una medida aceptable sobre la efectividad del tratamiento.

Psicoterapia y Tratamiento del Uso de Sustancias. Durante la primera mitad del siglo pasado, la psicoterapia fue el método primario de elección para el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias. Durante ese tiempo no se tomaba en consideración su eficacia, en tanto que había muy pocas alternativas disponibles. La mayoría de las psicoterapias se sustentaban en un enfoque psicoanalítico y conceptualizaban el uso de drogas como una sintomatología que se relacionaba con la psicopatología subyacente; en consecuencia el papel fundamental de la psicoterapia consistía en identificar el malestar psicológico que condicionaba que los pacientes hicieran uso de alcohol y otras sustancias y una vez identificados estos factores, la terapia promovía la resolución de estos conflictos para evitar la dependencia.

En la década de los años 40 a 50, apareció el movimiento de grupos de autoayuda como alternativa de apoyo. El grupo de Alcohólicos Anónimos, AA, establecido en 1930, se constituye en una cadena de servicios de apoyo para los alcohólicos. A partir de la concepción metodológica de esta red de servicios se crean otros programas residenciales de autoayuda como Synanon y Daytop; estos nuevos programas residenciales tienen un marco funcional basado en los lineamientos de la Comunidad Terapéutica, C.T., y en poco tiempo se convierten en modelos de tratamiento muy exitosos, a pesar de que no incluyen la participación profesional para utilizar técnicas psicoterapéuticas o psiquiátricas, en tanto que las conciben como alternativas de tratamiento que interfieren en la recuperación de los pacientes. Como resultado de esta postura de rechazo de participación profesional en el tratamiento, se generaliza la noción de que la psicoterapia psicodinámica tiene poca utilidad y como resultado, la mayoría de los alcohólicos y usuarios de

otras drogas rechazan esta alternativa. Como contraparte a esta postura muchos terapeutas conciben el programa de los 12 pasos como una especie de culto casi religioso.

Como resultado de estas posturas, el sistema de salud en Norteamérica empieza a incorporar programas hospitalarios basados en los modelos de AA. Así, surge el modelo Minnesota que de inmediato se constituye en el programa estándar para el tratamiento del alcoholismo.

Conjuntando las enunciaciones incluidas en este documento, tanto el tratamiento farmacológico con metadona para dependientes a heroína, así como las comunidades terapéuticas, adquieren una relevancia fundamental y emergen como las opciones más efectivas para tratar problemas de drogadicción.

En la década de los años 80 se incrementa la investigación y los esfuerzos para encontrar nuevas opciones de tratamiento para contender con el "craving" (deseo imperioso de consumir drogas). Al mismo tiempo, se desarrolla una estrategia empírica con técnicas cognitivo conductuales. Uno de los esfuerzos más representativos de estas acciones está representado por los trabajos de Marlatt y Gordon (1985) en la prevención de recaídas por uso de otro tipo de sustancias incluido el alcoholismo y el abuso de cocaína (Carroll, Rounsaville y Gawin, 1991). La combinación de estos tratamientos, que se empezaron a utilizar en la consulta externa, fue aceptada como opciones de tratamiento en el contexto del tratamiento de las adicciones.

Descripción de Modelos Psicoterapéuticos Sobresalientes. Los primeros postulados de la teoría psicoanalítica subrayaron la importancia que tenían los rasgos primitivos del carácter, particularmente los de tipo oral regresivo, en lo que concierne al efecto que ejercen las drogas sobre las pulsiones. Las teorías psicodinámicas más recientes, reconocen que la mayoría de las disfunciones psicológicas observadas por los clínicos son, más que la causa, el resultado del abuso de drogas y del comportamiento asociado al consumo. Sin embargo, las teorías contemporáneas dan cuenta de las experiencias y consecuencias que la ingesta de drogas ejerce sobre la organización de la personalidad subyacente. Khantzian y Mack han destacado los factores adaptativos y del desarrollo que influyen la experiencia y regulación de los afectos, las relaciones, autoestima, juicio y comportamiento, así como la capacidad para contender con el stress.

Trecee y Khantzian resumen la vulnerabilidad caracterológica subyacente al abuso de sustancias como: una incapacidad para experimentar la graduación de los sentimientos, anticiparse al peligro o a utilizar señales afectivas para activar mecanismos de defensa; escasa autoestima con protección narcisista aunada a una escasa introyección del yo y de las imágenes objetales; alteraciones en el pensamiento y en el juicio referidos a inmadurez, y mecanismos de adaptación y de defensa rígidos.

Estos tres aspectos de vulnerabilidad conducen a una deficiente capacidad para el auto cuidado caracterizado por alteraciones en la autorregulación, auto evaluación y autocontrol. La ingesta de drogas se inicia durante una crisis severa en la cual las capacidades adaptativas se encuentran alteradas, en tanto aumenta la vulnerabilidad narcisista. Si el usuario experimenta un beneficio adaptativo, entonces puede presentarse como consecuencia un uso y dependencia continuos. La dependencia puede presentarse como una manifestación regresiva, o bien, cuando la droga a través de sus efectos, proporciona una apariencia de funcionamiento normal.

Khantzian y cols., plantean que la mayoría de los adictos prefieren un tipo particular de droga, y utilizan la droga de elección para proporcionarse un alivio selectivo ante estados afectivos dolorosos. Los adictos a narcóticos generalmente han

experimentado a lo largo de su vida dificultades asociadas con abusos traumáticos y violentos; al principio como víctimas y posteriormente como perpetradores de estos actos. En cada uno de ellos tienen que lidiar con sentimientos agresivos y de rabia que destruyen su vida y amenazan la de otros. Durante la fase de experimentación temprana con opiáceos, los adictos a narcóticos descubren que sus conductas hostiles y sus sentimientos de rabia se desvanecen. Los adictos a narcóticos describen los efectos de los opiáceos como "calmantes", proporcionándoles una sensación de "suavidad", "relajamiento" y una sensación de estar "seguros por vez primera".

El adicto a los narcóticos exhibe comportamientos de agresión intensa –en parte constitucional y en parte por influencia del medioambiente en cuanto a su origen– que interactúa con estructuras yóicas inadecuadas, incapaces de contener afectos intensos. Los opiáceos les son atractivos debido a que las drogas amortiguan la agresión y se oponen a la desorganización psicológica interna, así como a la respuesta agresiva externa.

El alcohol, los tranquilizantes menores, y las drogas sedantes e hipnóticas, tienen un efecto opuesto a la desinhibición o a la sensación de alivio. Las personas que llegan a ser dependientes a estas sustancias y que continúan siéndolo en el transcurso del tiempo, tienen defensas bien estructuradas y se muestran temerosos ante la cercanía de otros, ante la dependencia y la intimidad. Estos individuos experimentan sentimientos dolorosos de aislamiento y vacuidad; la atracción hacia este tipo de drogas estriba en que posibilita una disminución de las defensas de negación y de escisión, de modo tal que fugazmente manifiestan sentimientos amorosos y agresivos, que en otras circunstancias, muy bien pudieran no hacerse patentes.

Los adictos a la cocaína utilizan las propiedades energéticas de la droga para contender con la depresión, la fatiga y el aburrimiento; o por el con-

trario, si son usuarios llenos de energía, para aumentar la autoestima, la tolerancia a la frustración y aumentar su sensación de eficacia. Así, los efectos estimulantes son atractivos para personas con depresión unipolar, ciclotimia, depresión bipolar y para sujetos hipomaniacos.

Krystal describe el uso de drogas como un instrumento para contender con afectos primitivos indiferenciados, preverbales y abrumadores. El temor de experimentar estos afectos intensos conduce a una deficiencia para expresar las emociones (alexitimia). Wurmser plantea que muchos adictos tienen un núcleo fóbico con temores marcados al compromiso afectivo, a la presión, o a sentirse encerrados o capturados en esas emociones. Este investigador describe una "psicofobia", o evitación de la introspección, que cuando se observa clínicamente, con frecuencia se atribuye a las defensas de negación características del adicto.

Un nuevo modelo de psicoterapia. Varios autores han confluído recientemente en el planteo de modelos psicoterapéuticos similares, dirigidos a personas dependientes a las sustancias. Este nuevo modelo, reforzado por resultados exitosos, ha renovado el interés sobre la efectividad de la psicoterapia aplicada a este tipo de pacientes, a quienes se consideraba refractarios al tratamiento hasta hace algunos años. Este método psicoterapéutico consta de las siguientes fases: 1. Logro de la abstinencia; 2. Mantenimiento de la abstinencia y 3. Utilización de psicoterapia profunda.

1. Logro de la abstinencia. En esta fase el paciente y el terapeuta establecen un contrato para alcanzar este objetivo en cuatro pasos.

i. Se identifica el grado de dependencia y las consecuencias físicas, sociales, vocacionales y familiares. Se desarrolla un método para que el paciente abandone el uso de drogas (desintoxicación).

ii. Mantenerlo sin el uso de estas sustancias. El método puede incluir por ejemplo, la asistencia a

Narcóticos Anónimos, Drogadictos Anónimos, o seguimiento con metadona. El uso continuado del método es condicionante de la psicoterapia.

iii. Diagnosticar y tratar los trastornos psiquiátricos subyacentes, así como el déficit cognitivos agudos y crónicos. Solamente se prescriben fármacos con escaso potencial adictivo como el litio y los neurolépticos. Debe evitarse la prescripción de medicamentos como las benzodiazepinas y los antidepresivos.

iv. Este paso implica el asesoramiento de la familia, así como la determinación de medidas apropiadas para lograrlo. Incluye la terapia grupal familiar, terapia de pareja y la terapia con otras familias. Los familiares del paciente con frecuencia se derivan a grupos de autoayuda como Alanon y Narcóticos Anónimos.

2. Mantenimiento de la abstinencia. Durante el lapso comprendido entre seis meses a dos años de impartir psicoterapia, el enfoque básico debe ser cognitivo-conductual y de apoyo, hasta mantener un estado de sobriedad. Varios aspectos críticos de esta fase intermedia se relacionan con el comportamiento del terapeuta. Las expectativas básicas del terapeuta deben quedar bien definidas. No debe confrontar la negación durante las fases tempranas del tratamiento, sino hacerlo lenta y paulatinamente mientras trabaja sobre las ansiedades que amenazan la abstinencia del paciente.

Enfocado en el modelo del trastorno por abuso de sustancias, que atribuye el comportamiento a una resultante del trastorno mismo más que a otro tipo de factores, el terapeuta puede reenfocar la racionalización y proyección del paciente. A través del proceso de tratamiento deben reforzarse los principios en que se basan Narcóticos Anónimos y otros grupos de autoayuda. Cuando el terapeuta y el paciente revisan tanto los factores estresantes y la historia inmediata, el foco de la terapia debe estribar en el cómo, y no en porqué el paciente ha devenido farmacodependiente. Se enseña a los pacientes a comprender y evitar esos factores es-

tresantes. Un ámbito en el cual se ha realizado un gran progreso, es aquél en el que se aplican técnicas específicas para prevenir las recaídas. Esta forma de intervención fue desarrollada por Marlatt y Gordon.

El terapeuta debe permitir al paciente efectuar una sustitución objetal variada para evitar la depresión subsecuente al abandono de drogas. Se debe estimular al paciente para llevar a cabo un comportamiento de sustitución activo; por ejemplo, asistir a Narcóticos Anónimos, el ejercicio, la recreación, así como una ingesta nutricional atractiva y sana. El terapeuta y el paciente deben plantearse metas realistas y revisarlas continuamente; al mismo tiempo el terapeuta puede sugerir técnicas para resolver problemas.

Con este tipo de pacientes debe construirse la autoestima a través de logros graduales satisfactorios. El terapeuta enfoca temas como el enojo, la frustración, falta de interés, poca confianza, temor y culpa. Al mismo tiempo se identifican los mecanismos tendientes a reducir la distancia social entre el paciente y el terapeuta.

3. Utilización de psicoterapia profunda. El periodo inicial de tratamiento, que va de los seis meses a los dos años, se continúa con una psicoterapia tradicional profunda, en la cual el terapeuta, y de manera gradual se separa de la terapia de apoyo y da inicio a una terapia de tipo reconstructivo. Algunos pacientes con un estado de sobriedad establecida por un tiempo de dos años, entran en psicoterapia durante esta fase y con una mínima preparación serán capaces de participar en esta modalidad de tratamiento. El terapeuta puede demarcar esta transición explicando los cambios que se observarán tanto en el paciente como en el terapeuta. La identificación del dependiente con un estado de sobriedad sólida debe ser firme y dar lugar, a un control cognitivo-conductual, y cuando se requiera, volver a ponerlo en práctica en cuanto el monto de ansiedad permita promover la introspección. Durante esta fase,

tanto el paciente como el terapeuta deben mantenerse alerta sobre el papel central que desempeñan las drogas en este tipo de tratamiento. El deseo de utilizar drogas debe entenderse como una señal de advertencia para enfocarse sobre este aspecto. La oportuna interpretación de estos deseos puede permitir poner en práctica una técnica de prevención de recaídas.

En esta tercera fase, la psicoterapia psicodinámica implica contender con la dinámica inconsciente. El enfoque teórico de Wurmser para tratar a los adictos, utiliza los conceptos esenciales de la psicoterapia psicoanalítica; destaca el establecimiento de una fuerte alianza a través de una atmósfera terapéutica matizada por el interés y juicio adecuados. Esta alianza requiere de flexibilidad así como de medidas auxiliares para disminuir el afecto desbordante. Este investigador sustenta su enfoque sobre un amplio rango de afectos, particularmente la ansiedad, la depresión, y las defensas que se les asocian. La agresión no se trata a través de la confrontación o de la interpretación de las pulsiones, sino del análisis de las defensas y del SuperYo. El terapeuta debe tener cuidado de no asumir una función superyóica, más bien, debe analizar las proyecciones superyóicas en el contexto de la transferencia.

Tomando en cuenta estas aseveraciones, durante la tercera fase de tratamiento el terapeuta trabajará sobre la estructura subyacente del carácter, de manera similar a la utilizada con pacientes que no son dependientes. Algunos pacientes podrán promover una reconstrucción de la personalidad sin un cambio sustancial en la técnica psicoterapéutica. La combinación del autoescrutinio, que se basa en el trabajo de los 12 pasos, y la psicoterapia psicodinámica-cognitiva que no pretende descubrir todo el trasfondo conflictivo inconsciente, puede ser suficiente para que algunos de estos pacientes logren un nivel elevado de autonomía y de funcionamiento interpersonal.

La eficacia de la psicoterapia. La psicoterapia utilizada con adictos ha sido evaluada cuidadosamente, quizá más evaluada que en cualquier otro grupo diagnóstico. A continuación se discutirán dos estudios específicos muy conocidos: 1. El estudio de New Heaven, y 2. el estudio de VA-Penn. Ambos estudios coinciden en varios aspectos de diseño, pero sus hallazgos acerca de la eficacia de la psicoterapia en adictos a los opiáceos mantenidos con metadona, fueron diferentes.

El estudio de New Heaven incluyó la asignación de adictos al azar, con una de dos condiciones de tratamiento: 1. Psicoterapia Interpersonal (PI) con una hora de duración una vez por semana, o 2. Tratamiento de Escaso Contacto (EC) con sesiones mensuales de 20 minutos. Ambos grupos debían continuar separadamente su programa de tratamiento con metadona, que ya incluía una sesión grupal de psicoterapia con duración de 90 minutos una vez por semana. Disponer con los pacientes requeridos para el estudio, así como la obtención de su consentimiento, fue una labor difícil. Se presentó un alto índice de deserción en ambos grupos, persistiendo solamente un 38% para el grupo PI. Las diferencias detectadas en ambos grupos se evidenciaron solamente en 2 de los 12 resultados de las mediciones sobresalientes; con cifras más altas para una escala del grupo PI, y para una escala para el grupo EC.

El estudio VA-Penn evaluó solamente la eficacia de la orientación sobre drogas: la orientación aunada a psicoterapia expresiva de apoyo y, la orientación sobre drogas aunada a psicoterapia cognitivo-conductual. De ellos, los pacientes que recibieron ambos tipos de psicoterapia tuvieron mejores resultados y utilizaron menos medicación prescrita o no prescrita; la comparación de estos pacientes con aquéllos quienes solamente recibieron orientación sobre drogas. Las personas con un menor número de síntomas psiquiátricos tuvieron mejores resultados en cualquiera de las tres variantes de tratamiento. Los pacientes que

presentaban un nivel intermedio de síntomas psiquiátricos, también tuvieron buenos resultados en las tres variantes de tratamiento, pero fueron más evidentes en los grupos de psicoterapia. Sin embargo, los pacientes con síntomas severos, mostraron solamente una discreta mejoría en la variante de orientación sobre drogas, pero obtuvieron mejores resultados al asistir a los grupos de terapia.

También se evidenció que los terapeutas que obtuvieron mejores resultados fueron aquéllos quienes establecieron relaciones más positivas y que se adhirieron más a una de las dos técnicas de tratamiento. Tal como se esperaba, las personas con trastorno antisocial de la personalidad, constituyeron el único grupo diagnóstico donde no se hizo patente una mejoría significativa. Los pacientes diagnosticados con trastorno antisocial de la personalidad y un diagnóstico secundario de depresión, mostraron mejoría significativa.

La ostensible diferencia obtenida de los estudios en los grupos PI y VA-Penn, pueden ser explicados con base a cuatro diferencias significativas:

1. Tanto el grupo PI y los grupos de control para el estudio de New Heaven, recibieron tratamiento semanal intensivo en sus clínicas de metadona, y ambos grupos presentaron mejoría clínica en un periodo de seis meses.

2. A los sujetos del estudio de New Heaven se les solicitó que antes de entrar a los grupos PI o EC, deberían de esperar como mínimo 6 semanas a partir del momento en que ingresaron al programa de metadona; en tanto que los sujetos que entraron al estudio VA-Penn fueron incorporados a uno de los grupos en el transcurso de tres a cuatro semanas.

3. Falta de integración entre el programa de metadona y los grupos PI y EC en el estudio de New Heaven. Mientras que los adictos del programa de New Heaven tenían que asistir a otro edificio para recibir su terapia, los adictos del programa VA-Penn se beneficiaron de un programa integral

donde los consultorios de los terapeutas estaban incluidos dentro de la estructura física diseñada para el programa de metadona.

4. Finalmente, los grupos de New Heaven tuvieron una cifra menor de reclutamiento de pacientes. Los adictos que participaron en el estudio probablemente fueron resistentes al tratamiento y en consecuencia con un pronóstico desfavorable.

El consenso obtenido a partir de estos estudios, revela que la psicoterapia es efectiva en adictos con tratamiento de apoyo en base a opiáceos, particularmente cuando la terapia se dirige a quienes presentan mayor psicopatología.

Kosten y cols., integrantes del equipo de investigadores de New Heaven, destacan que este tratamiento aumenta las posibilidades de los pacientes para mantenerse en abstinencia. Sin embargo, en un seguimiento de dos años y medio, los pacientes que no lograron mantenerse en abstinencia, tuvieron un número mayor de crisis y de depresión. Estos investigadores sugieren que las técnicas educativas, las de conducta y las psicoterapéuticas, son más apropiadas que la terapia tradicional orientada hacia la introspección (insight).

Otro tratamiento reciente que ha sido utilizado con adictos a la cocaína, es el de la desensibilización. La evaluación de este tipo de técnica aún se encuentra en sus fases preliminares, pero se está realizando un mayor número de estudios.

A partir de ese tiempo y hasta el momento actual continúan los esfuerzos para utilizar la psicoterapia como una herramienta indispensable en el tratamiento integral de este trastorno. Los modelos más recientes que disponen de un componente sobresaliente en el uso de técnicas terapéuticas están avalados por los principales institutos que disponen de programas contra el uso de sustancias como el Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas, NIDA y el Instituto Nacional sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo, NIAAA.

Hasta este momento la información recabada sobre la utilidad de la psicoterapia en usuarios de sustancias se ha planteado de manera general. Por lo tanto, conviene efectuar algunas

precisiones sobre la importancia de precisar la efectividad de algunos enfoques psicoterapéuticos acorde a la identificación de la droga de mayor impacto. 

ANEXO 2. RECURSOS INSTITUCIONALES

Representa la suma de las organizaciones e instituciones que conforman el Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones en México, con sus filosofías, personal y recursos materiales, métodos de abordaje y procedimientos clínicos de tratamiento de las adicciones. La integralidad del Sistema está dada por la conjunción de las entidades y su forma de operar mediante la aplicación conjunta de un Programa de Tratamiento integral, basado

en la historia natural del padecimiento/abuso/adicción, es decir, según sea la condición clínica del momento que reclama la atención, se elige la instancia terapéutica correspondiente para asignar las medidas correctivas o si procede, hacer la referencia del caso. Al efecto, las instituciones participantes se acreditan a través de una Cédula de Presentación de Instituciones que se muestra a continuación en su contenido y ejemplo de llenado. 

ANEXO 3. CÉDULA DE PRESENTACIÓN DE INSTITUCIONES

1. Ficha de identificación de la Institución

Incluir datos de nombre de la institución o razón social, ubicación, teléfonos, fax, correo electrónico y dirección electrónica en caso de contar con página WEB.

2. Descripción del abordaje terapéutico y sus objetivos

Enunciar los programas que tiene su institución, así como la finalidad de cada uno. Describir además el tipo de tratamiento que proporcionan, los servicios y sus alcances.

3. Criterios de ingreso, egreso y rehabilitación manejados en la institución

Especificar qué tipo de población admiten y atienden, considerando edades, tipo de problemas que manejan así como los referentes que consideran para dar por concluida la atención que prestan.

4. Flujoograma o algoritmo del proceso de aten-

ción (desde admisión hasta el egreso y acciones postratamiento)

Enunciar y describir brevemente la secuencia de servicios que recibe los pacientes desde su ingreso hasta la terminación de su atención. Favor de incluir el personal que proporciona los servicios señalados.

5. Duración del tratamiento

Enunciar el tiempo en días, semanas, meses, así como el número de sesiones que incluye la atención que proporcionan.

6. Costos

Mencionar los costos por consulta, los tabuladores y las políticas que siguen para la asignación de costos si es el caso.

7. Recursos humanos y materiales con que cuenta

Indicar el personal que está integrado en la prestación de los servicios, señalando sus niveles y profesiones.

8. Resultados obtenidos

Anotar el porcentaje de pacientes que permanecen en sus programas y porcentaje de casos que interrumpen su atención, así como la información que de cuenta de la forma en que evalúan los resultados que obtienen con los servicios que proporcionan.

Ejemplo de llenado:

1.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Unidad de atención: Toxicológico Venustiano Carranza

Área de Dependencia: Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal. Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias.

Fecha de inicio de actividades: 17 Enero 1990

Ubicación: Ernesto P. Uruchurtu s/n Col. Adolfo López Mateos

Delegación Venustiano Carranza C.P. 15670

Teléfono y Fax: 57 36 12 59

Acceso a Metro: Parada Pantitlán salida Hangar Presidencial

Director: Dr. Raúl Fernández Jofre

Subdirector Administrativo: Lic. Dulce María Arévalo Salinas

Responsable Sanitario: Dra. Rocío Estrada Ordóñez

Turno matutino: Dra. Minerva Vargas Cabrera

Turno vespertino: Dr. Nicolás Anaya Molina

Turno nocturno Lunes, Miércoles y Viernes

Turno nocturno Martes, Jueves y Sábado. Dr. José Rosas Pinón.

Turno especial Sábados Domingos y festivos Dr. Alejandro Rivera Bonilla

Laboratorio: Químico Arturo Terrez Puga

2. DESCRIPCIÓN DEL ABORDAJE TERAPÉUTICO Y SUS OBJETIVOS:

Unidad Hospitalaria y Consulta Externa

Régimen de internamiento Hospitalario y Consulta

Externa con las siguientes actividades

a) Urgencias: Manejo de cuadros de intoxicación Médicas: Estabilización, limitación y manejo de complicaciones

Detención y limitación e inicio de manejo de daño orgánico.

Tiempo estimado 8 h. a 72 h.

Costo exento

Población susceptible de servicio: Toda demanda de Urgencias sin exclusión para edad o género.

Responsable de la atención: Médico, enfermería y laboratorio

b) Manejo Médico Subsecuente:

Control y seguimiento de daño orgánico generado para el consumo de droga; con implicación a un o unos órganos o sistemas de la economía, por ejemplo: Hipertensión Arterial secundaria, al consumo de cocaína, Arritmias Cardíacas secundarias, el consumo de cocaína, Neumopatía, pulmón de Crack o por consumo de cannabinoides, disolventes volátiles, Cardiopatía, Hepatopatía alcohólica, entre otros.

Apoyo de laboratorio general o toxicológico

Apoyo de electro cardiografía

Apoyo de terapias ventilatorias

Manejo Médico adicción con terapia sustitutiva:

Tiempo estimado 1 mes – 1 año o su referencia a otra unidad de la red de hospitales de la Secretaría de Salud del GDF para manejo específico y contrarreferencia para control subsecuente a esta Unidad.

Costo: Usuario que cumple los requisitos de inclusión (no derechohabiente, habitante del DF Por más de 5 años), del programa de gratuidad.

TS. Realizará el estudio socio económico y extenderá, cédula de gratuidad.

Psicología: Modelo ambulatorio;
 Servicio de psicoterapia individual en las corrientes humanista, cognitivo
 Conductual y sistémica; psicoterapia familiar en el encuadre humanista; psicoterapia grupal en la corriente sistémica, orientación a familiares de adictos bajo la corriente humanista.

Tiempo del Proceso: 12 a 18 meses.

Edad: Sin distinción de inclusión, se forman grupos:

Jóvenes con abuso de 16 a 25 años de edad
 Jóvenes con adicción; 16 a 25 años de edad
 Adultos > 25 años de edad
 Menores < 16 años

Costo: Estar incorporado a programa de gratuidad

Inclusión: toda persona con uso experimental, uso y abuso de sustancias adictivas.

Exclusión: Patología psiquiátrica.

Horario de Servicio: Lunes a Viernes 8:00-20:00 h.
 Sábados Domingos y festivos 8:00 – 20:00 h.

3. CRITERIO DE INGRESO, EGRESO Y REHABILITACIÓN MANEJADOS EN LA INSTITUCIÓN.

Requisitos: de inclusión a Programa de Gratuidad:
 a) Residente D.F. Por más de 5 años no contar con derechohabencia, tener credencial de elector y comprobante de domicilio.

b) No se cobra el servicio de consulta, laboratorio y Hospitalización

4. FLUJOGRAMA DE PROCESO DE ATENCIÓN

INGRESO

Urgencias: Todo paciente que presente urgencia médica es sujeto a valoración, intervención oportuna y estabilización y en caso necesario referencia a otra unidad hospitalaria de la red de Hospitales de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal

Consulta: 1a. Vez (Médica y Psicológica) llenado de hoja de 1er contacto vía telefónica posteriormente se agenda cita con el médico; indicando al paciente médico tratante, fecha y hora, pudiendo ser en los turnos matutino, vespertino, nocturno y en fines de semana y se otorga cita con trabajo social.

Trabajo Social realiza el estudio socio económico y cumple requisitos, se incorpora a programa de gratuidad y continúa proceso, si no se orienta y canaliza a otra institución.

Con cédula de primer contacto para a admisión donde entrega copia y se extiende carnet de citas y se programa a consulta médica y psicológica para apertura de expediente.

Acude a cita con médico, abre expediente y solicita laboratorio, y agenda consulta subsecuente que anota en carnet y agenda.

Psicología: Abre expediente e informa a admisión para agendar consulta subsecuente. Admisión anota en carnet y programa.

5. DURACIÓN DE TRATAMIENTO

Médico---- Hospitalización 8 h. ----72 h.

Consulta externa: 6 meses o más según patología
Psicología: 6 meses a 18 meses

6. COSTO

Exento de pago; debe cumplir requisitos de programa de gratuidad o ser urgencia.

7. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Médicos Especialistas 6
Médico General 1

Enfermería especializada 3

Químico 1

Psicólogos Clínicos: c/ especialidad o maestría 2
con especialidad y doctorado 2
Psicólogo general 1
Trabajo Social: 2

Servicios:

Hospitalización: Camas censables
5 hombres
3 mujeres

Consultorios médicos: 2
Consultorio Psicología: 2
Sala de usos Múltiples: 1 (proyector de transparencias y pantalla)
Cocina para preparación de alimentos pacientes y personal
Farmacia y Áreas Administrativas.
Laboratorio General y de Toxicología

Horario de Servicio:

Médico Lunes a Sábado 24 h.
Domingos 8:00 a 19:00 h.

Psicológico: Lunes a Viernes 8:00 a 20:00 h.
Sábados, Domingos y festivos 8:00 a 20:00 h.

Laboratorio: Lunes a Viernes 8:00 a 15:00 h.

Trabajo Social: Lunes, Miércoles y viernes 20:00 a 7:00 h.
Sábado, Domingo y días festivos 8:00 a 20:00 h.

Oficinas de Admisión y Archivo: 24:00 h. De Lunes a Sábado y Domingo. 8:00 a 19:00 h.

8. RESULTADOS OBTENIDOS

ANEXO 4. GUÍA OPERATIVA DE SERVICIOS DE TRATAMIENTO A LAS ADICCIONES

INTRODUCCIÓN. Se presentan a continuación algunas reflexiones que justifican la necesidad de un modelo, que en este caso se trata de una guía de servicios de tratamiento, que responda a las necesidades y complejidad que propicia el problema de las adicciones.

Está documentado en la literatura científica de las últimas décadas, que el fenómeno adictivo se ha incrementado notablemente. La red de distribución de sustancias psicoactivas se ha extendido a todos los sectores de la sociedad. Sus precios son de acceso generalizado. Cada año, se incorporan nuevos tipos de drogas al mercado y el número de consumidores crece inconteniblemente.

Los mecanismos implementados por la sociedad para contener y controlar el fenómeno no han sido suficientes, desde sus intervenciones institucionales y legales, hasta las de carácter ético, moral y religioso. Si la fármacodependencia es un fenómeno tan arraigado socialmente, sería erróneo que se le considerara como un error o un acto aislado, sino todo lo contrario, representaría una de las formas implícitas de nuestra organización social.

La elección institucional de intervenir directamente o solamente con los usuarios de sustancias psicotrópicas ilegales o psicofármacos de prescripción, implica en cierto modo, coludirse con la familia, la comunidad y la sociedad para señalar la versatilidad del fenómeno de las adicciones y a los pacientes como el "problema", utilizando un mecanismo proyectivo que, a la vez, reduce el fenómeno a la esfera individual y lo excluye del resto de los actores sociales partícipes de su etiología. Así, la fármacodependencia queda al margen de los sistemas relacionales y se designa al paciente en cuestión: chivo expiatorio, como blanco de las proyecciones masivas.

Los componentes básicos para el tratamiento de un adicto, especialmente de aquellos crónicos o inveterados, son las prescripciones médicas, psiquiátricas, psicoterapéuticas y frecuentemente combinadas con un internamiento, además del tratamiento familiar. Pero tales componentes elementales no se encuentran integrados en la mayoría de los casos. Las intervenciones se realizan por lo general en una sola de las líneas de abordaje mencionadas y en su calidad de intervenciones fragmentadas en el tiempo, situación que ha favorecido la complicación clínica de los casos, independientemente de la comorbilidad que suele acompañarlos y ha reducido la eficacia de las intervenciones. La realidad es que el costo en tales condiciones es muy elevado para la sociedad y no se dispone de una infraestructura apropiada para brindarlo. Sin embargo, la inversión económica no se elude, simplemente se desplaza hacia gastos de procesos penales y administrativos, accidentes y servicios de traumatología y cuestiones de seguridad pública como: vigilancia, sanciones y operativos, entre otros. Lo cual explica que no existe en realidad un ahorro, sino una inversión mal planificada.

El tratamiento especializado en clínicas, hospitales, Grupos de Ayuda Mutua, espacios de psicoterapia individual/grupal y demás comunidades terapéuticas no satisfacen significativamente la demanda que representan las adicciones y lo que es peor aún, los numerosos fracasos en los diversos tratamientos inconexos entre sí, refuerzan la cronicidad del consumo. Lo que lleva a plantear el reto de sumar otras alternativas a las actuales.

En suma, la cobertura de intervención institucional sólo tiene la posibilidad de atender una mínima parte de esta población. Por ejemplo, tan sólo en una Comunidad Terapéutica se reciben

600 demandas de ayuda anualmente, para un total de 3000 personas aproximadamente que solicitan el servicio, incluyendo pacientes y familiares. La infraestructura y los recursos humanos, solo permiten atender el 7% de la demanda, sin considerar que el porcentaje mayoritario de fármaco dependiente no solicita ayuda. Esta es otra interrogante importante: ¿cómo trabajar con personas y en los contextos territoriales en donde no se establece una demanda de ayuda?

Una intervención duradera o de largo plazo en las estructuras residenciales, corre el peligro desarraigar al usuario de su contexto de vida y de sustituir su dependencia a sustancias por una dependencia a la institución y a su ideología. En términos psicoanalíticos, esto significa una identificación entre la institución y el ideal del Yo. Las comunidades totales o de vida, restan posibilidades de independencia y autonomía a los abusadores/adictos para tener una reinserción social con sus propios recursos, cuando los procesos son de larga duración como sucede en la mayoría de los casos.

El trabajo de prevención primaria no es una realidad cotidiana efectiva y los pocos esfuerzos diseminados a nivel nacional parecen limitarse a "slogans" prohibitivos o campañas informativas sobre el tipo de sustancias y sus terribles daños psicofisiológicos. Campañas que contrariamente a lo planeado, resultan verdaderas promociones "comerciales" que difunden la cultura de la droga, pero que no inciden en la prevención, es decir, que por ello la gente no evita el consumo, aunque sí incrementa el rechazo social y la marginación. Curiosamente, una de las preguntas típicas que hacen los usuarios, por ejemplo, es la de conocer los efectos y consecuencias del consumo de cocaína, para saber de qué manera se exponen, mas no para evitar su consumo. En sentido inverso, la marihuana ha pasado a ser una droga "conocida", "asimilable", "blanda", "natural" e "inofensiva" y por lo tanto, de uso cotidiano y sin "peligro".

Como puede observarse, el fenómeno adictivo rebasa la capacidad de respuesta de la sociedad, la cual nos muestra de paso más errores que aciertos, insuficiencias de los servicios asistenciales, rezagos en todos los sectores sociales respecto del problema y por tanto, retos y desafíos para la gestión de la seguridad, el bienestar y la salud pública. Por tal motivo, es necesario pensar en formulas nuevas para enfrentar esta realidad alarmante en el país, ensayar nuevas propuestas de intervención desde todos los sectores sociales, interpelar nuestra política pública y promover modelos de tratamiento más eficaces. De modo que la apuesta, se dirige a promover en un primer paso, una alternativa de tratamiento que integre un conjunto de servicios institucionales básicos para la realización de cualquier tratamiento antiadictivo a través de una guía operativa que organice, concentre y disemine la información respecto qué hacer y a qué servicios recurrir, en caso de experimentar este problema.

¿Porqué una guía operativa para la utilización de servicios? Esta reflexión parte de la idea de integrar los componentes y servicios disponibles actualmente, que sean necesarios para brindar un servicio profesional, nacional, integral de tratamiento, mismos que se encuentran separados institucionalmente, dispersos y fragmentados, pero que pueden articularse a través de una estrategia operativa que opere a través de un sistema de instituciones, cuya sinergia sea promovida por las mismas organizaciones existentes, los usuarios de los servicios y demás organismos oficiales que aplican las recomendaciones internacionales de la ONUUD, CICAD, NIDA y demás organismos rectores, con apego a la Ley General de Salud y sus normas oficial es .

La mayoría de quienes trabajan la terapéutica de la patología adictiva saben por experiencia que no existe un abordaje correctivo único para la rehabilitación de estos pacientes y que se requiere de una diversidad de opciones simultáneas y ser-

vicios ad hoc, que siguiendo el orden que brinda la historia natural de la enfermedad se dispongan secuencialmente en una estrategia funcional eficaz e incluyente que corresponda a la complejidad del fenómeno. Es decir: servicios de urgencia, internamiento y consulta externa. En su caso, hospedaje y alimentación, vigilancia médica y psiquiátrica, de psicoterapia y de autoayuda tanto para el adicto como para su familia, entre muchos otros. Se ha documentado que esta misma complejidad exige un conocimiento multidisciplinario compartido que proporcione un marco explicativo que permita comprender esta difícil realidad, así como el adecuado manejo de las técnicas y metodologías destinadas a su intervención, por ende, cada uno de los especialistas –muchos de ellos no están certificados académicamente aún–, posee una parte de la “verdad objetiva”, lo que los convierte en portadores de una propuesta reduccionista finalmente si no es compartida y potencialidad por el conocimiento del conjunto. Cada organización e institución de propósito antidictivo, e incluso muchos de sus miembros del equipo de salud en sus distintos perfiles, trabajan incoordinada sin los recursos financieros, infraestructura necesaria, etc. e incluso con grandes limitaciones profesionales. En síntesis, se trata de un contexto completamente inseguro y simplificado. Simplificación que se experimenta bajo la circunstancialidad particular: un gremio institucional incomunicado entre sí. Sin embargo, existen otros derroteros y otras posibilidades que se pueden ensayar y que no exigen una agudeza de pensamiento, sino una nueva cultura de trabajo colaborativo: un sistema terapéutico integral.

Para explicar la presente propuesta con un ejemplo, cabe señalar que para tomar en tratamiento un adicto crónico, necesitamos como institución, un servicio que tenga las posibilidades de un diagnóstico clínico y psiquiátrico; ya que la

mayoría de los pacientes conllevan un trastorno grave de personalidad, y siempre existe un riesgo el internar a un maniaco depresivo o de integrar en un grupo a un paciente gravemente paranoide o de darle cierta autoridad a un paciente con estructura de personalidad antisocial. Cuando la organización no cuenta con los especialistas para hacer este diagnóstico que impida que realicemos un manejo iatrogénico e indeseable o que omita señalar los casos contraindicados para el internamiento, entonces la institución, que participa del sistema proporcionará el apoyo con el servicio institucional correspondiente que permita los elementos faltantes para el manejo en los diferentes momentos del tratamiento. Ambas instancias, la institución solicitante y la otorgante del servicio, se comprometen en la obligación de responder a articulación requerido. Como puede apreciarse es trascendentes e importante la existencia de esta vinculación, asada en una metodología de referencia y contrarreferencia. Sin embargo, tenemos una gran cantidad de CIJ's que pueden suplir esta deficiencia de los grupos de autoayuda, por ejemplo, y realizar los diagnósticos clínicos necesarios que eviten que se pongan en riesgo vidas humanas. Sabemos que puede ser gratuito y que solo bastaría un convencimiento de los coordinadores de organizaciones para establecer un convenio de colaboración. Tan sencillo como cuando piden un examen médico poder inscribirte en un curso de natación como requisito de inscripción. De esta manera, elaborar una guía operativa de servicios institucionales que instruya sobre la correlación entre padecimientos y opciones de tratamiento es fundamental tanto para las organizaciones como para los usuarios de los servicios asistenciales. Este es un primer paso, un instrumento de mediación social entre oferta de servicios institucionales y demanda de usuarios de sustancias y sus familias.

(i) Premisas básicas para todo servicio de tratamiento.

(Una forma introductoria a manera de refranes o máximas que sinteticen los conocimientos básicos compartidos)

Rehabilitarse es una decisión importante, pero la forma en que se haga puede mejorar o empeorar la situación. No olvidar lo siguiente:

1. El autodiagnóstico no tiene utilidad clínica.
2. No todo diagnóstico es un diagnóstico sobre adicciones y su patología.
3. Un tratamiento de rehabilitación no puede empezar sin un diagnóstico profesional.
4. Para realizar un tratamiento con internamiento, es indispensable contar con la opinión autorizada de un profesional.
5. En ningún caso es posible internar a una persona en contra de su voluntad, solo en los casos excepcionales en que el juicio de la persona este fuertemente perturbado, con la autorización de un familiar y con la recomendación de un profesional.
6. Tienes el derecho de conocer el programa de rehabilitación y nunca permitas que se oculten ni los programas ni a las personas.
7. Bajo ninguna circunstancia, ningún programa de tratamiento esta autorizado a violar los derechos humanos de la persona.
8. Todos los programas de tratamiento pueden ser verificados y supervisados por los mismos familiares del adicto, en la más completa transparencia.
9. El tratamiento de adolescentes exige una terapia familiar simultanea.
10. En el tratamiento para adolescentes no es recomendable que sean prolongados.
11. No todo tratamiento es un tratamiento integral
12. Todos somos dependientes a personas o cosas, lo importante es que la dependencia no sea destructiva.
13. Nunca te internes o internes a alguien si no has sido diagnosticado profesionalmente. Hay casos

en que el internamiento pone en riesgo la vida de la persona o la de los demás.

14. La rehabilitación tiene que ser en un contexto de respeto y trato humano y nunca violando los derechos humanos.

15. El castigo no cura.

a) Qué es una adicción a las drogas y cómo actuar frente a ellas.

(El objetivo es transmitir la idea de los pasos a seguir para buscar ayuda y, dejar claro y en forma explicita, lo que no se tiene que hacer en ninguna circunstancia por significar un peligro para la persona).

(Describir una sesión de orientación en la que la gente llega con un problema de consumo y le ayudamos a pensar sobre la forma más adecuada de actuar. basta que imaginemos la situación en la que regularmente llega, de ser empáticos con su problema y de recomendarle los pasos a seguir).

Estar en medio de una situación patológica de consumo de drogas, muchas veces nos impide pensar en los medios adecuados para hacer algo para resolverlo. Desesperación, enojo, culpa, sufrimiento, preocupación e impotencia, son sentimiento que están presentes cuando estamos envueltos en una situación de consumo. Si entendemos que el consumo desesperado y compulsivo de drogarse significa estar viviendo una situación sintomática de malestar individual y familiar, es probable que tomemos otras actitudes al respecto. Sin embargo, frecuentemente también tomamos decisiones desesperadas y recurrimos a la primera opción que se nos presenta y nos tranquiliza. Así, internamos a nuestros hijos sin una valoración diagnóstica profesional; no se obtiene la atención médica necesaria ante situaciones de alto consumo, sobredosis y no se maneja adecuadamente el síndrome de abstinencia poniendo en riesgo a la persona. Tampoco, se cuenta en la mayoría de los casos, con una atención psiquiátrica y un tratamiento farmacológico que controle un poco los altos niveles de ansiedad, agresión y

depresión característica del adicto. Solo en pocos casos se cuenta con un servicio psicoterapéutico tanto para el adicto como para su familia que ayude a comprender las formas patológicas de relación y situaciones de conflicto tanto en sus aspectos conscientes e inconscientes; lo más frecuente, y un elemento fundamental para el tratamiento, son los grupos de autoayuda que crean espacios de contención grupal, abstinencia en el consumo y cambios en las formas comportamen-

tales tanto en el adicto como en el familiar co-dependiente. Sin embargo, todas estas cosas no son suficientes por si solas.

Es necesario crear una ruta a seguir que nos proporcione los pasos a seguir para brindar una ayuda integral y, sobre todo, no poner en riesgo a las persona en tratamiento. La ruta que proponemos y que cuenta con el consenso de varios profesionales en el tratamiento a la fármacodependencia, es la siguiente:



ANEXO 5. RECOMENDACIONES A LA COMISIÓN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN MÉDICA

1. Realizar un programa de tratamiento integral de las adicciones, acorde a la historia natural del padecimiento, que incluya todas las modalidades terapéuticas disponibles en el país, incluidas en la NOM.
2. Integrar un glosario lexicológico de términos de adicciones al programa de tratamiento integral de las mismas.
3. Revisar la NOM respecto de las diferencias de abordaje de los distintos procedimientos terapéuticos antiadictivos para su adecuada ubicación en el tratamiento integral de estas. (p. Ej. Explicitar la atención integral a todos los pacientes por igual)
4. Incluir la visión de salud pública de las adicciones en la visión clínica individual de tratamiento en las instituciones dedicadas a ello en el país.
5. Realizar un proyecto piloto de investigación acerca de la articulación de los servicios de tratamiento bajo los lineamientos que conforman la guía operativa de servicios de tratamiento a las adicciones, propuesta por la mesa de trabajo “modelos de tratamiento y tipos de intervención”
6. Promover la realización de evacuación cualitativa de las organizaciones e instituciones dedicadas al tratamiento de las adicciones, acorde con las recomendaciones de la ONUUD.
7. Incluir metodologías complementarias de estudio e investigación adecuadas a la complejidad del problema adictivo.
8. Oficializar las propuestas emanadas de la mesa de trabajo “modelos de tratamiento y tipos de intervención”: a) Guía de Presentación de Instituciones; b) Guía Operativa de Servicios de Tratamiento para las Adicciones; c) Glosario Lexicológico de Adicciones para Personal de Salud.

ANEXO 6. HOJA DE REFERENCIA DE PACIENTES

SISTEMA NACIONAL DE TRATAMIENTO INTEGRAL DE LAS ADICCIONES HOJA DE REFERENCIA DE PACIENTES

LUGAR Y FECHA _____

INSTITUCIÓN QUE REALIZA LA REFERENCIA _____

INSTITUCIÓN A LA QUE SE REFIERE _____

NOMBRE COMPLETO Y EDAD DEL PACIENTE _____

DIRECCIÓN Y TELÉFONO _____

MOTIVO DE LA REFERENCIA:

EVALUACIÓN: a. Individual _____ b. Familiar _____

c. Comorbilidad _____ d. Interconsulta. Especificar _____

DIAGNÓSTICO a. Médico/Urgencia _____ b. Psiquiátrico _____

c. Abuso/adicción _____ d. Comorbilidad _____ e. Otro Especificar _____

TRATAMIENTO. a. Farmacológico _____ b. Psicoterapéutico. Especificar: _____

i. Individual _____ ii. De Pareja _____ iii. Grupal _____ iv. Familiar _____

v. Otra Modalidad _____ vi. Ambos. Especificar _____

REHABILITACIÓN. Especificar _____

OTRO. Especificar _____

DESCRIPCIÓN BREVE DEL CASO _____

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA _____

COMENTARIOS Y OBSERVACIONES _____

Anexo 7. GLOSARIO LEXICOLÓGICO DE ADICCIONES PARA PERSONAL DE SALUD.

Los 527 términos (médicos, psicológicos, psiquiátricos, psicoanalíticos, estadísticos, etc.) que componen esta propuesta, destinada al tratamiento de problemas adictivos y patologías derivadas o concomitantes, fueron recogidos de la literatura, principales documentos temáticos, Norma Oficial Mexicana y catálogos oficiales y diccionarios especializados; no están dispuestos de forma hipológica ni jerárquica debido a considerarse de mayor utilidad para su revisión, el orden alfabético.

Abreacción. Expresión emocional de los sentimientos asociada a contenidos -en otro momento inconscientes- clarificados, en esa ocasión. Si ocurre en presencia del terapeuta como parte de la sesión se habla de catarsis, en tanto implica remoción de un contenido desagradable a partir de la comprensión (racional-emotiva) de los elementos que la originan. Por extensión se acepta su utilidad, cuando ocurre en cualquier otra parte y bajo diversas situaciones, siempre que sea correctiva. Pero si dicha emisión en torno de un relato no clarifica los elementos inconscientes reprimidos que la provocan o bien se manifiesta como conducta inadecuada e ignorada en su relación causal por el individuo, no se considera catarsis, sino mera expresión emotiva-conductual, que evidencia un conflicto aun no resuelto (*acting out*). En muchas ocasiones se da el caso reiterativo de emocionalidad ligada a los sucesos que se relatan o viven sin lograr despojarse de su carga emotiva. Sinónimo de catarsis.

Abstinencia (síndrome de). Síndrome desadaptativo de comportamiento, con concomitantes fisiológicos y cognoscitivos, debido al cese o la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de sustancias. El síndrome específico de la sustancia provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro

de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo. La abstinencia va asociada con frecuencia, aunque no siempre, a la dependencia de sustancias. Muchos (quizá todos) individuos con abstinencia de sustancias presentan un deseo-necesidad imperiosa de consumo y su conducta de búsqueda, para reducir los síntomas. Los siguientes grupos de sustancias pueden dar lugar al diagnóstico de abstinencia: alcohol; anfetaminas, metanfetaminas y otras sustancias afines; cocaína, nicotina, opiáceos y sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Los signos y síntomas de la abstinencia varían de acuerdo con la sustancia empleada, y muchos empiezan de forma opuesta a los observados en la intoxicación por esta misma sustancia. También afectan a los síntomas de abstinencia la dosis y duración y otros factores como la presencia de otras enfermedades. Los síntomas se presentan cuando las dosis se reducen o dejan de tomarse, mientras que los signos y síntomas de la intoxicación mejoran (de forma gradual en algunos casos) cuando se interrumpe el consumo de la sustancia. Como en el síndrome de intoxicación, otros factores a considerar para su diagnóstico y tratamiento son: la evaluación clínica completa (exploración física y patología asociada); vía de administración de las sustancias, presuntas responsables de los cuadros; rapidez de inicio con cada tipo de sustancia y duración de los efectos; vida media de las sustancias; policonsumo y duración de los efectos; trastornos mentales asociados y patrón familiar; diagnóstico diferencial y otros trastornos mentales inducidos por sustancias; los síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo; el uso adecuado de las pruebas laboratorio y gabinete; procedimiento de tipificación de la intoxicación y la abstinencia; curso clínico del síndrome; deterioro y complicaciones.

Abstinente. Quien no consume ninguna sustancia.

Abuso. Patrón de consumo desadaptativo diferente al que se produce en el caso de la dependencia, caracterizado por el uso continuo de un fármaco a pesar de que el individuo está consciente de tener un problema causado o desencadenado por su uso que pone en peligro su integridad psicofísica. Los síntomas derivados de ello pueden presentarse repetidamente por un tiempo prolongado y para su diagnóstico deben estar presentes por lo menos durante un tiempo, no menor a un mes.

Abuso de sustancias (que no producen dependencia). Uso repetido e inapropiado de sustancias sin potencial adictivo se refiere a una gran variedad de fármacos tales como psicotrópicos antidepresivos y neurolépticos, laxantes, analgésicos, esteroides y otras hormonas, vitaminas y antiácidos, entre otros.

Acatisia. Estado de alteración psicomotora, iatrogénico e involuntario producida por la administración de neurolépticos prescritos para el manejo de afecciones psiquiátricas, caracterizada por movimiento regular e incesante –sin angustia– como deseo de relajar los músculos esqueléticos. Movimientos reiterativos.

Acetaldehído. Principal producto de la degradación del etanol formado por la oxidación de éste. Es una sustancia tóxica implicada en la reacción de enrojecimiento por alcohol denominado Síndrome de Flushing y de ciertas secuelas físicas de su consumo a largo plazo.

Acting out. Término técnico frecuentemente usado en psicología para designar la conducta de actuación de estirpe inconsciente, en un individuo.

Actitud. Disposición de la psique a actuar o reaccionar en determinada dirección, aunque sea inconsciente. La actitud “fija el hábito de reacción y

determina no sólo el modo de actuar, sino el modo de experiencia subjetiva y hasta el modo de compensación por el inconsciente”.

Aculturado. El que se encuentra mental y físicamente en armonía con los patrones de su cultura.

Adicción (dependencia, drogadicción, toxicomanía, drogodependencia). Enfermedad psiquiátrica primaria y crónica, cuya principal conducta clínica es la recidivancia (recaída), en la que participan factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen tanto sobre su desarrollo como en sus manifestaciones. La enfermedad suele ser progresiva y fatal y se caracteriza por el uso repetido de una(s) sustancia(s) psicotrópica(s) que permite(n) al individuo estar periódica o crónicamente bajo estados alternos de intoxicación-abstinencia; genera a su vez una compulsión en su consumo impidiendo el cese voluntario. Además de la pérdida de control sobre el consumo de la sustancia y sus efectos, existe preocupación por ella y consumo reiterativo a pesar de sus consecuencias adversas, y distorsiones en el pensamiento, principalmente negación. Ello puede llevar a cambiar el uso de la sustancia por otra semejante o de más intensos efectos y a tratar de conseguirlas por cualquier medio. Estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con una droga, caracterizado por una modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprímible por consumir el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y en ocasiones para evitar el malestar que se presenta si no se consume. La adicción no es un término diagnóstico en la CIE-10 pero continúa siendo usado de muchas maneras por los profesionales de la salud, como sinónimo de dependencia (Síndrome de Dependencia). Adicción o dependencia, al conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia psicoactiva.

Adicto. Persona que presenta adicción; que depende del consumo de uno o varios psicotrópicos. Persona con dependencia a una o más sustancias psicoactivas o psicotrópicos.

Adicto (en recuperación). Persona que ha dejado de utilizar sustancias psicotrópicas y está en un proceso de reinserción social.

Adenomegalia(s). Término que alude al crecimiento de los ganglios linfáticos, a menudo doloroso e indicador de patología regional.

Adenopatía. Enfermedad ganglionar. Inflamación de los ganglios que refleja problema en la zona (inguinal u otra).

Afasia. Alteración de la comprensión o transmisión de ideas mediante el lenguaje en cualquiera de sus formas –lectura, escritura o habla– debida a traumatismos o enfermedades de los centros cerebrales implicados en el lenguaje.

Afecto. Patrón de comportamientos observables que es la expresión de sentimientos (emociones) experimentados subjetivamente. Tristeza, alegría y cólera son ejemplos usuales de afecto. A diferencia del humor, que concierne a un "clima" emocional más generalizado y persistente, el término afecto se refiere a cambios más fluctuantes en el "tiempo" emocional. Varía considerablemente lo que se considera gama normal de la expresión del afecto, tanto entre culturas diferentes, como en cada una de ellas. Los trastornos del afecto incluyen las siguientes modalidades. Aplanado. Ausencia o casi ausencia de cualquier signo de expresión afectiva. Embotado. Reducción significativa de la intensidad de la expresión emocional. Inapropiado. Discordancia entre la expresión afectiva y el contenido del habla o ideación. Lábil. Variabilidad anormal en el afecto, con cambios repetidos, rápidos y bruscos de la expresión afectiva. Restringido o constreñido. Re-

ducción ligera de la gama y la intensidad de la expresión emocional.

Agente ametístico. Sustancia que se administra con el propósito de revertir o mitigar los efectos de la intoxicación etílica. Tales compuestos actuarían supuestamente inhibiendo los efectos del alcohol a nivel del SNC o bien acelerando su metabolismo en el hígado; pero no existen evidencias aún de sustancias con tales propiedades para propósitos terapéuticos.

Agitación (psicomotora). Excesiva actividad motora asociada a una sensación de tensión interna. Habitualmente, la actividad no es productiva, tiene carácter repetitivo y consta de comportamientos como caminar velozmente, moverse nerviosamente, retorcer las manos, manosear los vestidos e incapacidad para permanecer sentado.

Agonista. Sustancia que actúa a nivel del receptor neuronal y produce efectos similares a los que refiere la droga. La metadona es un agonista semejante a la morfina a nivel de los receptores opiáceos.

Alianza terapéutica. Refiere a un tipo particular de relación entre el paciente y el clínico en la cual trabajan en el diseño y logro de los mismos objetivos; su base es el respeto mutuo y el entendimiento.

Alcalinidad. Grado de elevación del potencial hidrógeno (pH) de una sustancia entre 7-14 de una escala convencional.

Alcaloide. Sustancia base de origen natural (generalmente vegetal), orgánica, compuesta de nitrógeno. Por lo común se encuentra en forma de sales de ácidos orgánicos.

Alcohol etílico (etanol). Líquido transparente e incoloro, con sabor a quemado y un olor característico; se encuentra en bebidas fermentadas como la cer-

veza y el vino y destiladas como el brandy, whiskey, vodka, etc. Es un depresor del SNC, produce una aparente euforia inicial que sobre los centros inhibitorios corticales. Tiene efectos locales, en piel, mucosas, tejido subcutáneo, nervios periféricos y en el SNC, en el Sistema Cardiovascular y músculos esqueléticos. En la mayoría de las culturas es frecuentemente consumido y responsable de una morbi-mortalidad considerable. En México la mayoría de quienes ingieren alcohol etílico prefieren bebidas fermentadas del lúpulo, como la cerveza y los destilados de la uva del tipo del brandy, pero en algunas zonas rurales aún predomina el consumo de fermentados del agave, mientras que otras regiones se usan las mezclas de ambas.

Alcohol absoluto. El etanol contiene no más allá de 1% de masa de agua.

Alcoholismo. Se denomina así el síndrome de dependencia o adicción al alcohol etílico. Aunque por extensión se ha usado equivocadamente para calificar todas las formas de consumo (perjudicial o no) de etanol.

Alcoholoepilepsia. Crisis o cuadro convulsivo ocurrido como consecuencia de la discontinuación de bebidas alcohólicas u otras sustancias (drogas alcoholo-barbitúricas), cuando el nivel de alcohol en sangre (NAS) ha disminuido (BAL). Clínicamente cursa con rigidez muscular y pérdida de la conciencia.

Alexitimia. Incapacidad o dificultad para expresar o darse cuenta del estado de ánimo o de las propias emociones.

Alogia. Empobrecimiento del pensamiento que se infiere de la observación del lenguaje y el comportamiento verbal. Pueden observarse réplicas breves y completas a las preguntas formuladas, así como restricción de la cantidad del habla espontánea (pobreza -del habla-expresiva). A veces el habla es

adecuada cuantitativamente, pero incluye poca información por ser excesivamente concreta, demasiado a, repetitiva o estereotipada (pobreza del contenido).

Alucinación. Percepción sin estímulo externo que puede ocurrir en todos los campos sensoriales; falsificación sensorial y perceptiva. Existen varios tipos: auditivas, visuales, táctiles, olfatorias, gustativas, somáticas, hipnagógicas (durante el dormir) e hipnopómpicas (al despertar). Percepción sensorial que tiene el convincente sentido de la realidad de una percepción real, pero que ocurre sin estimulación externa del órgano sensorial implicado. Las alucinaciones se distinguen de las ilusiones, en las que un estímulo externo real es percibido o interpretado erróneamente. El individuo puede tener conciencia o no tenerla de que está experimentando una alucinación. La persona con alucinaciones auditivas puede reconocer que está teniendo una experiencia sensorial falsa, mientras otra puede estar convencida de que la causa de la experiencia sensorial cuenta con una realidad física independiente. El término alucinación no suele aplicarse a las falsas percepciones que se producen mientras se duerme, al conciliar el sueño (hipnagógicas) o al despertar (hipnopómpicas). Algunas personas sin trastorno mental tienen experiencias alucinatorias transitorias. Algunos tipos de alucinaciones son: Auditiva. Percepción de sonidos, más frecuentemente de voces. Algunos clínicos e investigadores no incluyen las experiencias que se perciben como originadas dentro de la cabeza y limitan el concepto de alucinaciones auditivas verdaderas a los sonidos cuyo origen sea percibido como externo. Sin embargo, en el DSM-IV no se distingue si el origen de las voces es percibido dentro o fuera de la cabeza. Congruente con el estado de ánimo. Véase síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo. Gustativa. Percepción de sabores (habitualmente desagradables). No congruentes con el estado de ánimo. Véase síntomas psicóticos incongruentes con el

estado de ánimo. Olfativa. Percepción de olores, como de goma quemada o pescado podrido. Somática. Percepción de una experiencia física localizada en el cuerpo (tal como una sensación de electricidad). Debe distinguirse una alucinación somática de ciertas sensaciones físicas nacidas de una enfermedad médica todavía no diagnosticada, de una preocupación hipocondríaca con sensaciones físicas normales y de una alucinación táctil. Táctiles. Percepción de ser tocado o de tener algo bajo la propia piel. Las alucinaciones táctiles más frecuentes son sensaciones de descargas eléctricas y de hormigueo (la sensación de que algo se mueve o reptaba bajo la piel). Visual. Percepción de imágenes estructuradas, como unas personas, o bien imágenes informales, como destellos de luz. Las alucinaciones visuales deben distinguirse de las ilusiones, que son percepciones erróneas de estímulos externos reales.

Alucinógenos. Agentes químicos que producen alteraciones en la percepción y pensamiento cuyas sensaciones se asemejan a los cuadros de las psicosis funcionales (psicodislépticos). Grupo de diversas sustancias que incluye a los ergóticos y compuestos afines (dietilamida del ácido lisérgico, LSD25, semillas de gloria matinal), fenilalquilaminas (mescalina, ó 2,5 dimetoxi-4-metilanfetamina y MDMA ó 3,4-metilen-dioxi-metanfetamina, también llamada "éxtasis" D, alcaloides del indol (psilocibina, DMT ó dimetiltriptamina y otros compuestos varios). Se excluyen de este grupo la fenciclidina y la mariguana (delta-9-tetrahidrocannabinol, THC) debido a que aunque estas sustancias pueden tener efectos alucinógenos, muestran diferencias significativas en sus efectos psicológicos y sobre el comportamiento.

Ambivalencia. Término que Bleuler designó para la tendencia en los trastornos mentales, particularmente en la esquizofrenia, a otorgar igual expresión a sentimientos contrarios como amor y odio. Expresión simultánea de afectos o actitudes opuestas.

Ametístico, agente. Aquella sustancia que se administra con el propósito de revertir o mitigar los efectos de la intoxicación etílica. Tales compuestos actuarían supuestamente inhibiendo los efectos del alcohol a nivel del SNC o bien acelerando su metabolismo en el hígado; pero no existen evidencias aún de sustancias con tales propiedades para propósitos terapéuticos.

Amor genital; genitalidad. Término frecuentemente utilizado en el psicoanálisis para designar la forma de amor a que llegaría el individuo al completar su desarrollo psicosexual y superar el complejo de Edipo. Madurez del amor.

Amnesia. Pérdida de memoria. Hay dos tipos de amnesia: 1. Anterógrada. Pérdida de memoria relativa a hechos que ocurrieron tras la acción del agente etiológico. 2. Retrógrada. Pérdida de memoria acerca de hechos que ocurrieron antes de la acción del agente etiológico. El disturbio de la memoria puede ser completo, parcial, permanente o temporal, atribuible por igual a causas orgánicas o psicológicas.

Analéptico. Fármaco estimulante; inductor. Que acelera la actividad de alguna parte de la fisiología normal del organismo. En psiquiatría Psicoanaléptico se usa para referirse a la droga que estimula la actividad nerviosa del cerebro. Psicotomimético.

Analgésico. Fármaco o sustancia que alivia el dolor.

Análogo. Compuesto químico que es similar a otra droga en sus efectos pero que se diferencia ligeramente en su estructura química.

Anestésico. Agente farmacológico usado con el fin de combatir el dolor por la disminución-pérdida transitoria de las sensaciones.

Anfetaminas. Aminas simpaticomiméticas clasificados como psicotrópicos por su fuerte poder estimulante sobre el SNC. Las sales más comunes derivadas

de esta droga son: el sulfato de dextroanfetamina y el clorhidrato de metanfetamina. Farmacológicamente sus compuestos semejantes son el metilfenidato, la fenmetrazina y la anfepramona (dietilpropión). Sus efectos son parecidos a la cocaína pero tienen mayor duración y pueden ser más potentes.

Angustia, ansiedad. Sensación de temor, aprensión o inquietud que surge de anticipar un peligro cuyo origen se desconoce y no se comprende. La angustia se distingue del miedo porque este último sí tiene una causa conocida: se tiene miedo a los animales, a estar solo, a ciertas personas, etc.

Anhedonia. Pérdida o incapacidad para experimentar placer.

Anorexia. Pérdida del apetito; estado mental que permite la postergación en ocasiones prolongada de la ingestión de alimentos. Relativo a la anorexia. Anorexia nervosa.

Anoréxico. Agente supresor del apetito.

Anorexígenos. Fármacos (anfetamínicos) cuyos efectos sobre el hambre y deseo de ingerir alimento, se usan propositivamente en medicina para el control de la obesidad. Pérdida del apetito.

Ansiedad. Anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Estado disfórico semejante al miedo cuando no hay ninguna situación manifiesta de peligro. Aprensión, anticipación o temor a un peligro posible.

Ansiolítico. Tranquilizante, sedante o hipnótico.

Antagonista. Sustancia que bloquea los efectos de otro agente farmacológico. Tal reacción es antagonista cuando interactúa con un receptor inhibiendo

la reacción de los agentes agonistas que producen los efectos psicológicos o conductuales mediados por el receptor en cuestión.

Antidepresivo. Grupo de agentes psicofarmacológicos prescritos con el fin de corregir los trastornos depresivos y otras condiciones clínicas como los ataques de pánico. Las 3 grandes categorías de ellos son los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOS) y los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS).

Antidoping. Uso intencional de reactivos químicos formulados para detectar en sangre, orina o saliva, de un paciente o candidato a tratamiento, sustancias psicotrópicas diversas.

Apego al tratamiento. Compromiso que muestra un paciente en el mantenimiento de su tratamiento en todas sus formas. Un programa de compromiso acertado ayuda a los pacientes a promover la instalación de su tratamiento como un recurso importante para él.

Asociación libre. Método que consiste en expresar sin discriminación, todos los pensamientos que vienen a la mente, ya sea a partir de un elemento dado (como una palabra, número, imagen de un sueño o representación cualquiera) o bien de forma espontánea.

Ataxia. Falta o irregularidad de la coordinación, especialmente de los movimientos musculares, sin debilidad ni espasmo de éstos; existen muchas variedades. Dícese de la ataxia mental o intrapsíquica. Incoordinación para la deambulación. Pérdida parcial o completa de la coordinación del movimiento muscular voluntario; típico de la gente intoxicada con alcohol.

Atención. Capacidad para centrarse de manera persistente en un estímulo o actividad concretos. Un

trastorno de la atención puede manifestarse por distractibilidad fácil o por dificultad para realizar tareas o concentrarse en el trabajo.

Atención flotante. Manera como, según Freud, el analista debe escuchar al analizado; no debe *a priori*, conceder un privilegio a ningún elemento del discurso de éste, lo cual implica que el analista deje funcionar lo más libremente posible su propia actividad inconsciente y suspenda las motivaciones que habitualmente dirigen la atención. Esta recomendación técnica constituye la contrapartida de la regla de la libre asociación libre que se propone al paciente.

Atención Integral Médico-Psiquiátrica. De acuerdo a la NOM es el conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener su salud mental. Comprende las actividades preventivas, curativas y de rehabilitación integral.

Atención médica. Al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

Atipia. Variación, diferencia, que no es típica de su género, modalidad.

Autoconfrontación por video. Consiste en grabar a un bebedor cuando está intoxicado y después, al estar sobrio, presentarle el video para que confronte la conducta que adopta al estar bebiendo.

Autoterapia en doce etapas. Actividades de tratamiento fundamentadas en la perspectiva etiológica del alcoholismo y otras adicciones, al igual que en el enfoque de doce etapas de los AA o de otros grupos de Ayuda Mutua afines.

Avoliación. Incapacidad para iniciar actividades dirigidas a un fin y persistir en ellas. Cuando es suficiente-

mente grave para ser considerada patológica, la avoliación es generalizada e impide que el individuo complete distintos tipos de actividades (trabajo, tareas intelectuales, autocuidado).

Barbitúricos. Grupo de depresores del SNC que derivan químicamente del ácido barbitúrico (amobarbital, pentobarbital, secobarbital), usados como antiepilépticos, anestésicos, sedantes e hipnóticos cuyo efecto agudo y crónico semeja los efectos del etanol (drogas alcohol-barbitúricas). Estos agentes pueden llegar a causar intoxicación, síndrome de abstinencia, demencia y síndrome psicótico residual.

Bebida alcohólica. A aquella que contenga alcohol etílico en una proporción de 2% a 55% en volumen.

Benzodiazepinas. Grupo de agentes farmacológicos cuyo principal efecto sedante, ansiolítico e hipnótico; relajante muscular y antiepiléptico es producido por la potenciación del efecto GABAérgico, el mayor neurotransmisor inhibitor del SNC. Las benzodiazepinas de corta acción son halacepam y triazolam. El alprazolam, flunitracepam, nitracepam, loracepam y temacepam se consideran de acción intermedia y el oxacepam de acción lenta. La discontinuación abrupta de la dosis de estas sustancias en personas que los han ingerido más allá de 6 meses, produce síndrome de abstinencia en la mitad de los casos, por lo cual debe de considerarse su elevado poder adictivo.

Biodisponibilidad de una sustancia o medicamento.

Grado en que el ingrediente activo de un fármaco es absorbido por el organismo en la forma que es fisiológicamente activo.

Blackout. Amnesia anterógrada aguda, no asociada con pérdida de la conciencia, que a menudo resulta de la ingestión de alcohol u otras sustancias como las benzodiazepinas.

Bulimia nervosa. Nombre que designa la actividad episódica y voraz de ingestión de alimentos en excesiva cantidad, con desesperación y sin control. Además, la autoevaluación de los individuos portadores ocurre –siempre excesivamente–, bajo la influencia de la forma del cuerpo y su peso.

Buspirona. Agente ansiolítico no benzodiacepínico capaz de desarrollar potencial adictivo.

Cafeína. Sustancia xantínica con moderado efecto estimulante sobre el SNC, es vasodilatador y diurético a la vez. Se encuentra generalmente en el café, el té y los refrescos de cola. Es probablemente la droga más popular del mundo. Puede consumirse a partir de distintas fuentes: café (preparado de 100-140 mg/100ml; instantáneo de 65-100 mg/100ml), té con 40-100 mg/100ml), soda cafeinada de 45 mg/100ml), analgésicos sin receta médica y remedios para el resfriado de 25-50 mg por pastilla), estimulantes de 100-200 mg/pastilla, pastillas para perder peso de 75-200 mg/pastilla). El chocolate y el cacao tienen niveles mucho más bajos de cafeína (5 mg/barra de chocolate). El consumo de cafeína, omnipresente en todo el mundo, produce ingestiones promedio por persona de aproximadamente 200 mg/día.

CAGE. Instrumento Breve tipo Cuestionario, de proyección de alcoholismo, que pregunta a los individuos sobre sus tentativas de Reducir el consumo de bebidas, Molestia sobre la crítica de otros respecto de su consumo, Culpa relacionada con el uso de bebidas, y el uso de bebidas alcohólicas como Revelación.

Cannabis. Término genérico que refiere a varias preparaciones de psicotrópicos, de la que es más representativa como droga de abuso. Marihuana.

Cardiomiopatía Alcohólica. Trastorno difuso del músculo cardíaco generalmente visto en pacientes

que han tomado por largos periodos (10 años o más). Se caracteriza por insuficiencia biventricular, disnea, palpitaciones, edema y distensión abdominal por ascitis. La falla más frecuente de arritmia es la fibrilación auricular.

Capacidades integradas. Posesión de actitudes específicas, valores, conocimiento y habilidades requeridas para proporcionar de modo apropiado, servicios de atención a la salud a individuos con trastornos por consumo de sustancias u otros.

Cartas de consentimiento informado. A los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios.

Caso índice. A la persona infectada por el VIH o que tiene diagnóstico de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) a partir de la cual se infectan otras personas.

Catalepsia. Flexibilidad cérea: mantenimiento rígido de una posición corporal durante un período prolongado de tiempo.

Catalítico. Alude al proceso químico de catálisis; reacción de catalización. Aquello que participa de una reacción determinada modificando los resultados con su presencia y sin alterarse. En cierto sentido, el agente que facilita, induce o acelera una reacción específica.

Cataplejía. Episodios de pérdida bilateral súbita del tono muscular que provoca el colapso del individuo, a menudo en asociación con emociones intensas como risa, cólera, miedo o sorpresa.

Catarsis. Expulsión espontánea o provocada de sus-

tancias nocivas al organismo; por extensión, en la ciencia de psicológica se aplica como la eliminación de recuerdos (pensamientos), sentimientos o emociones que perturban la conciencia o el equilibrio emocional.

Celotipia. Término que refiere la presencia de distintas conductas en relación con los celos respecto de la persona "amada". Sinónimo de celopatía o enfermedad de celos.

Choque anafiláctico. Reacción alérgica grave que lleva eventualmente a la muerte.

Cinesia. Percepción sensible del movimiento muscular por medio del cual el individuo puede estimar la posición de su cuerpo.

Cinético. Referido al movimiento y las fuerzas que lo afectan.

Cocaína. Alcaloide obtenido de las hojas de la Eritroxilon Coca o sintetizada de sus derivados, en forma de clorhidrato. Es un analgésico usado en oftalmología y odontología, que por causar fuerte vasoconstricción reduce el sangrado local. Produce dependencia si se usa en repetidas ocasiones y suele ser una droga de abuso, que actualmente se encuentra en incremento en México y otros países.

Co-dependiente. Término popular que alude al doble vínculo de dependencia patológica establecido en la relación entre una persona dependiente y otra, V. gr. el adicto y su pareja (dependiente-dependiente). Por extensión se usa para designar al pariente, amigo cercano o colega de un paciente consumidor, abusador o adicto de psicotrópicos u otras sustancias que se vincula en forma enfermiza (dependencia emocional) y limita el crecimiento saludable de la pareja o relación, en su caso. Todo padecimiento y/o disfunción asociado con o que resulta de la preocupación por las necesidades y el comportamiento de los otros.

Cognitivo. Relativo a la capacidad de la mente para entender conceptos e ideas.

Colaboración formal. Ocurre cuando la naturaleza de la invalidez del paciente requiere de información más específica e intervención más compleja y específica. Este nivel de la relación médico-paciente asegura que el personal preste atención tanto a salud mental como a los trastornos por abuso de sustancias en el tratamiento.

Colaboración informal. Ocurre en distintas enfermedades mentales y adictivas. El personal de salud procura realizar una identificación eficaz del caso, en el que se requiere de compromiso para la prevención y la intervención temprana. Un ejemplo de este tipo de la colaboración es la petición telefónica de consejo o información general en cuanto a los orígenes y el curso clínico de la depresión, ansiedad u otros problemas, en un abusador/adicto.

Colusión. Se dice de aquel tipo neurótico de carácter defensivo que forma una relación perturbadora entre los cónyuges, y que ambos participantes realizan como proceso psicodinámico confabulado, del inconsciente de uno con el del otro para un fin común, no necesariamente benéfico para ambos. Se considera que se encuentra en todas las parejas y se mantiene por la complicidad del uno con el otro.

Coma, estado de. Estado en el que se encuentran abolidas las respuestas psicológicas y motoras a la estimulación interna y del entorno.

Comunidad Terapéutica Modificada. Comunidad terapéutica cuyo acercamiento al tratamiento antiadictivo adapta los principios y métodos de la comunidad terapéutica a las circunstancias actuales del paciente contra su recaída. Emplea intervenciones con función especiales, las cuales comparte con la comunidad; tiene objetivos terapéuticos y educativos. Todas sus intervenciones se agrupan en cuatro

categorías: 1. Realce de la comunidad; 2. Manejo terapéutico/educativo; 3. Dirección a cargo de la comunidad y 4. Dirección combinada con la dirección clínica y profesional.

Comorbilidad. Diagnóstico dual. Uso múltiple de drogas (poliadicción) y concomitantes a las adicciones, como los trastornos de personalidad, del dormir, de la sexualidad, psicóticos, etc., que son habituales en la vida de los pacientes con problemas de adicción a psicotrópicos. Los más frecuentes son: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, Trastorno de conducta, disfunción familiar, Trastornos por ansiedad, Depresión e intentos suicidas, VIH/SIDA, Esquizofrenia, tabaquismo-cafeinismo, Trastornos alimentarios, Trastornos del sueño e insomnio, Disfunción sexual y parafilias, Trastornos del control de los impulsos: cleptomanía, piromanía, Juego patológico, tricotilomanía, "adicción" sexual. Consumo de fármacos de uso médico, otros.

Complejo relacionado con el SIDA. Al cuadro clínico caracterizado por pérdida de peso, diarrea o linfadenopatía generalizada (adenomegalia persistente), que es sugestivo pero no diagnóstico de SIDA.

Comportamiento catatónico. Importantes anormalidades motoras que incluyen inmovilidad motora (catalepsia o estupor), ciertos tipos de actividad motora excesiva (agitación aparentemente no intencionada ni influida por estímulos externos), negativismo extremo (resistencia aparentemente inmotivada a seguir instrucciones o a los intentos de ser movilizado) o mutismo, ciertas posturas o movimientos estereotipados y ecolalia o ecopraxia.

Compulsión. Necesidad patógena involuntaria de repetir cierta acción de manera ritualista y estereotipada incontrolable por la volición, que a menudo representa un significado simbólico.

Compulsión a la repetición: a) A nivel de la psicopatología concreta, proceso incoercible de origen inconsciente, en virtud del cual el sujeto se sitúa activamente en situaciones penosas, repitiendo así experiencias antiguas, sin recordar el prototipo de ellas, sino por el contrario, con la impresión muy viva de que se trata de algo plenamente motivado en lo actual; b) En la elaboración teórica que Freud da de ella, la compulsión a la repetición se considera un factor autónomo, irreductible en último análisis, a una dinámica conflictual en la que sólo intervendría la interacción del principio del placer y el principio de realidad. Se atribuye fundamentalmente a la característica más general de las pulsiones: su carácter conservador.

Comunicación educativa. Proceso basado en el desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación que se sustentan en técnicas de mercadotecnia social, que permiten la producción y difusión en mensajes gráficos y audiovisuales de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos en salud y promover conductas saludables en la población.

Comunidad terapéutica. Modalidad de tratamiento residencial, para la rehabilitación de abusadores y adictos, en la que se intenta reproducir la sociedad exterior para hacer posible su reinserción social, a través del apoyo mutuo. En ella se emplean actividades de observación constante del paciente, al que se le pide responsabilidad, compromiso activo y prolongado en sus servicios. Generalmente están operadas por un equipo mixto de adictos en recuperación y profesionales. Su programa de terapia a largo plazo, estructurado e intensivo, se realiza en entorno especial con frecuencia incluye la participación del sistema de justicia penal. Se ha modelado en base a los programas que existen en los E.U. como Synanon.

Condiciones de riesgo. Actividades o situaciones en las que existe posibilidad de que se intercambien o compartan fluidos potencialmente infectantes.

Conducta compulsiva. Comportamiento motivado por un impulso irresistible de ejecutar una acción en contra de la voluntad consciente del individuo.

Confabulación. Elaboración de acontecimientos o datos que llenan las brechas de un relato o constituyen ficciones completas como reacción a preguntas que no pueden responderse de manera práctica a causa de alteraciones orgánico/funcionales de la memoria. Es un rasgo del síndrome amnésico.

Conflicto psíquico. Se habla de conflicto cuando en el individuo se oponen exigencias internas contrarias, éste puede ser manifiesto entre el deseo y una exigencia moral o entre dos sentimientos contradictorios. Es latente si se expresa de último modo deformado en el conflicto. Es manifiesto si se traduce en la formación de síntomas, trastornos de conducta u otros. En psicoanálisis se considera al conflicto como un elemento constitutivo básico del ser humano.

Confrontación. Técnica psicológica intensiva y delicada empleada en actividades individuales y de grupo, en la cual los individuos presentan el uno al otro sus observaciones y reacciones a comportamientos y actitudes respecto de asuntos de preocupación, las cuales deberían ser cambiadas. La confrontación presenta "la realidad" a individuos. Su objetivo es la reacción en el comportamiento y la petición irresistible al paciente para el logro de la honestidad personal, veracidad en relación con otros y un comportamiento responsable.

Confusión. Trastorno de la conciencia con pérdida de la orientación en persona, lugar y tiempo. Se presenta por alteraciones de la memoria o por déficit de la atención.

Consentimiento informado. Acuerdo por escrito, mediante el cual la o el usuario del servicio, familiar más cercano en vínculo o, en su caso, representante

legal, autoriza su participación en la investigación o tratamiento, con pleno conocimiento de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, por libre elección y sin coacción alguna.

Consumo de sustancias psicoactivas (psicotrópicos y psicofármacos), al rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de éstas sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos.

Consumo perjudicial. Uso nocivo o abuso de sustancias psicotrópicas, al patrón de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotrópicas por vía parenteral) o mental como los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol. Se requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia psicoactiva o psicotrópica.

Consulta. En el contexto de los programas de tratamiento, significa un tipo tradicional de la relación informal entre quienes ofrecen el tratamiento y sus beneficiarios; petición; intercambio de información.

Contratos conductuales. Uso de eventualidades ambientales específicas tales como estímulos de la conducta y el reforzamiento de conductas, que son incompatibles con el consumo de alcohol o de drogas.

Contratransferencia. Conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del paciente (analizando), y especialmente frente a la transferencia de éste. Se da en toda relación médico-paciente e incluso en otras relaciones interpersonales, aunque de manera modificada.

Convulsión(es). Síntoma de un trastorno crítico nervioso, caracterizado por movimientos involuntarios

tónico-clónicos de los miembros. Es un episodio repentino de la actividad eléctrica descontrolada del cerebro. Si ésta actividad anormal se extiende en el cerebro, el resultado puede ser el desmayo y un estado relativamente amplio de afectación. Las crisis pueden ocurrir como el resultado de herida principal, infección, accidentes cerebro-vasculares, abstinencia de fármacos hipnóticos o sedantes u otros psicotrópicos, o bien como consecuencia de dosis altas de estimulantes.

Crack. Tipo de cocaína. Sustancia estimulante derivada del clorhidrato de cocaína que habitualmente se consume por vía de su aspiración al fumarse.

Craving. Se refiere al deseo-necesidad imperiosa de consumo y su conducta de búsqueda (la mayor parte de las veces), de consumir psicotrópicos u otras sustancias. Esta condición exhibe la pérdida del control sobre el consumo, inducido por la provocación psíquica (recuerdo) que se asemeja en su mecanismo a la abstinencia alcohólica.

Creencias adictivas. Conjunto de ideas centradas alrededor de la búsqueda de placer; asimismo, repercuten en la confrontación para resolver los problemas derivados del consumo, su alivio o escape de situaciones conflictivas, etc.

Crisis de angustia. Períodos discretos en los que se produce inicio súbito de aprensión, miedo o terror intensos, a menudo asociados a la sensación de muerte inminente. Durante estas crisis existen síntomas como alteración de la respiración o sensación de ahogo; palpitaciones, opresión precordial o pulso acelerado; dolor o molestias torácicas; sofocación, y miedo a volverse loco o a perder el control. Las crisis de angustia pueden ser inesperadas (no suscitadas) cuando el inicio de la crisis no se asocia con un precipitante situacional, ocurriendo como "llovido del cielo"; determinada situacionalmente, cuando la cri-

sis ocurra casi invariablemente después de la exposición a un precipitante situacional ("señal") o en su anticipación; y predispuesta situacionalmente, cuando la crisis tienda a producirse en la exposición a un precipitante situacional, pero no se asocie invariablemente con él.

Cuidados intensivos. Atención breve e intensa que reciben los pacientes intoxicados o graves para su estabilización y manejo posterior como el que reciben en las unidades de urgencia u hospitales generales.

Culpabilidad. Sentimiento ligado con la transgresión de un mandato moral.

Delirio. Falsa creencia que persiste a pesar de las explicaciones racionales y de la evidencia en contrario. Existen numerosas formas de delirio; la más conocida por el común de la gente es el "delirio de persecución", que en psiquiatría equivale a los estados paranoides, expresión ésta mucho más general. En la práctica pueden observarse desde simples "ideas" delirantes que expresan creencias esotéricas o "mágicas", hasta los delirios estructurados que son falsas interpretaciones de hechos más complicados.

Delirio tóxico. Estado confusional orgánico agudo caracterizado por la presencia de alucinaciones, ideas delirantes, agitación y paranoia, que es provocado por el consumo de unas o varias sustancias.

Delirium. Síndrome orgánico cerebral agudo reversible caracterizado por confusión y conciencia alterada, atención, percepción, orientación, pensamiento, memoria, emoción, conducta psicomotora, y disturbios del ciclo sueño-vigilia, es fluctuante y puede durar de horas a semanas y varía en su grado de severidad por ser consecutivo a una alteración de metabolismo cerebral.

Delirium Tremens. Estado de confusión acompañada de tremor (temblor) y alucinaciones inten-

sas. Los síntomas pueden incluir la agitación, agitación, insomnio, taquicardia y convulsiones. El delirium Tremens a menudo ocurre en personas con trastornos por consumo de alcohol, tras su abstinencia.

Demanda. Concepto clínico que designa la petición, la solicitud de un sujeto dirigida a un especialista en relación a algo que le resulta sintomático, perturbador.

Demencia. Deterioro orgánico y global de las funciones intelectuales que permanece sin obnubilación o falla funcional de la conciencia.

Dependencia. En 1964 El Comité de Expertos de la OMS, reemplazó los términos adicción y habituación por el de dependencia, que usa indistintamente en relación con múltiples drogas psicoactivas (dependencia de drogas; dependencia química), o bien para referirse específicamente a una clase particular de sustancias (dependencia de opiáceos). El término se usa también en el contexto psicofarmacológico para referirse al desarrollo de un Síndrome de Abstinencia o cesación –más o menos abrupta o significativa– del consumo de una sustancia. En tal sentido restringido la dependencia cruzada es tenida como complemento de la tolerancia cruzada y ambas refieren a la sintomatología física, también llamada neuroadaptación.

Dependencia cruzada. La capacidad farmacológica de un agente o clase de sustancias, para suprimir las manifestaciones del síndrome de abstinencia, de otras sustancias o clases y mantener el estado físico del dependiente.

Dependencia física. Estado de adaptación fisiológica del organismo a la ingestión regular de una droga que se manifiesta por la presencia de intensos trastornos físicos cuando la administración de la sustancia se suspende. Tales disturbios como el síndrome

de abstinencia se sostienen por la producción de signos y síntomas psíquicos y físicos de naturaleza característica, respectivamente.

Dependencia psíquica. Condición en la que una droga produce sentimientos de satisfacción y motivación psíquica que requiere de una administración periódica o continua de la droga para producir placer o para evadir el malestar.

Depresión. En el lenguaje común significa simplemente un estado por el que atraviesan los individuos normales, caracterizado por tristeza, sentimientos de incapacidad, pesimismo y disminución de la actividad vital. En psiquiatría, este término se aplica a un síndrome en el que los síntomas principales son la tristeza, que puede llegar a ser "dolor moral"; el retardo psicomotor; la falta de concentración; la angustia acompañada de ideas obsesivas, y una visión muy negativa del presente y el futuro. Suele haber trastornos del sueño (principalmente insomnio) y cambios en el peso corporal (adelgazamiento o, por el contrario, obesidad), e ideas de muerte o de suicidio. Generalmente, este estado no tiene relación directa con sucesos de la vida del individuo deprimido, aunque en ocasiones se presentan episodios emocionales que precipitan la depresión.

Depresores. Agente que suprime, inhibe o decrementa la función del SNC, como los sedantes, opiáceos, anticonvulsivos y neurolépticos.

Dermografismo. Reacción química que ocurre en el organismo que da a la piel una condición tal que permite escribir sobre ella y dejar una marca que dura por espacio de varios minutos antes de borrarse.

Descarrilamiento ("pérdida de asociaciones"). Patrón de lenguaje en el que las ideas de una persona se separan entre sí de modo que no guardan relación mutua alguna o sólo están relacionadas tangencial-

mente. Al pasar de una frase u oración a otra, el individuo cambia idiosincrásicamente el tema desde un marco de referencia a otro, pudiendo decir las cosas según una yuxtaposición que carece de relaciones significativas. El trastorno tiene lugar entre oraciones, a diferencia de la incoherencia, donde el trastorno se produce dentro de las oraciones. Un cambio ocasional de tema inadvertido o sin conexión obvia no constituye descarrilamiento.

Deseo. En psicología y psicoanálisis, alude a algo ligado con los recuerdos inconscientes de la infancia. El deseo aspira a restablecer, de acuerdo con las leyes del proceso primario, los signos vinculados con las primeras experiencias de satisfacción. Es el resorte de los sueños; asimismo, es uno de los polos del conflicto defensivo. La separación entre el deseo y su "realización" constituye uno de los elementos esenciales de "progreso" para el ser humano.

Desinhibición. Estado de liberación interna que anula la restricción que exhibe la conducta de un individuo.

Desintoxicación. Proceso correctivo mediante el cual un individuo es removido y protegido del efecto de una intoxicación por psicotrópicos u otras sustancias. Se alude a la terapéutica del Síndrome de Intoxicación.

Desorientación. Confusión acerca de la hora del día, la fecha o la estación (temporal), acerca de donde se encuentra uno (lugar) o de quién es (persona).

Despersonalización. Alteración de la percepción o experiencia de uno mismo, de modo que uno se siente separado del propio cuerpo o de los propios procesos mentales, como si se tratara de un observador exterior (sintiéndose como si uno estuviera soñando).

Desrealización. Alteración de la percepción o experiencia del mundo externo de manera que éste

parece extraño e irreal (las personas pueden parecer desconocidas o mecánicas).

Detección y Manejo Oportuno de Casos en la Comunidad. Proceso que consiste en efectuar revisiones periódicas con fines de identificar y atender precozmente el daño.

Diaforesis. Sudoración profusa.

Diagnóstico dual (múltiple). Término que refiere a la co-morbilidad o co-ocurrencia en un mismo individuo de dos patologías simultáneas, es decir el trastorno por uso de psicotrópicos u otras sustancias y otro trastorno psiquiátrico. Aunque se denomina dual puede referirse a más de dos condiciones sindromáticas que ocurren a la vez.

Diagnóstico nosológico. Se refiere al nombre del trastorno o entidad clínica que representa una alteración de la salud en la clasificación internacional de enfermedades.

Dialéctica. Ciencia filosófica que trata del raciocinio y de sus leyes, formas y modos de expresión. En cierto sentido se refiere a lo complementario (contradicción) de ambas partes de un todo, como el "impulso natural del ánimo" que lo sostiene y guía en la investigación de la verdad.

Diplopia. Imperfección funcional transitoria de la visión conjugada de los ojos por efecto de un fármaco. Es difícil distinguirla de la visión borrosa.

Dis. Prefijo que indica o significa dificultad, desorden, alteración, imperfección o mal estado.

Disartria. Articulación imperfecta del habla debido a alteraciones del control muscular. Lenguaje farfullante; dificultad en la articulación de las palabras.

Discinesia. Distorsión de movimientos voluntarios con actividad muscular involuntaria.

Diselpidia. Desconfianza extrema.

Disforia por la identidad sexual. Disgusto persistente o molestia por algunas, o todas, de las características físicas o papeles sociales que connotan el propio sexo biológico. Trastorno del estado anímico, distimia, sinónimo de depresión.

Dislalia. Dificultad emisiva en la expresión verbal de las palabras debida a la alteración de los órganos del lenguaje.

Disociación. Alteración de las funciones normalmente integradas de conciencia, memoria, identidad, o percepción del ambiente. El trastorno puede ser repentino o gradual, transitorio o crónico.

Disolventes volátiles. Nombre genérico que se da en la CIE-10, OMS a distintas sustancias de abuso con efecto psicoactivo como hidrocarburos alifáticos y aromáticos (componentes de la gasolina, pegamentos, disolventes y pinturas en nebulizador). Los hidrocarburos halogenados son menos utilizados (limpiadores, líquido corrector de máquinas de escribir, nebulizadores), junto con otros compuestos volátiles (ésteres, cetonas y glicoles), otros ingredientes activos (tolueno, benceno, acetona, tetracloroetileno, metanol y otras sustancias). Otras sustancias de la larga lista de tales compuestos incluye gases anestésicos (óxido nitroso, éter) y vasodilatadores de acción corta (nitrito de amilo o butilo *-poppers*). Estas sustancias volátiles se encuentran en una amplia gama de productos comerciales y pueden ser tomadas intercambiándolas, dependiendo de su disponibilidad y preferencias personales.

Disomnia. Trastornos primarios del sueño o del despertar caracterizados por insomnio o hipersomnia como principal síntoma actual. Las disomnias son

trastornos de la cantidad, la calidad o la temporalidad del sueño.

Dispersión. Disgregación. Véase Descarrilamiento.

Disponible de sangre o alguno de sus componentes. Individuo que suministra sangre o alguno de sus componentes, obtenidos mediante procedimientos de extracción simple o aféresis.

Distonía. Alteración del tono muscular.

Distractibilidad. Incapacidad para mantener la atención, esto es, el pase de un área o tema a otro, con una provocación mínima, o fijación excesiva de la atención en estímulos externos poco importantes o irrelevantes.

Disulfiram. Droga prototípica de sensibilización usada con fines terapéuticos, que promueve reacciones adversas (*flushing*), al combinarse con ingestión de alcohol.

Dopamina. Neurotransmisor presente en las regiones del cerebro que regulan el movimiento, la emoción, la motivación, y las sensaciones de placer.

Doping. Uso o manejo de sustancias que artificialmente proveen a un individuo mejoría e incremento de su capacidad física o psicológica a efecto de potencializar su condición atlética.

Droga adictiva. Sustancia capaz de interactuar con un organismo vivo de tal forma que produce un estado de adicción. En tal sentido se prefiere usar el nombre genérico de psicotrópicos (habitualmente usados con fines tóxicos), en contraposición al de psicofármacos (habitualmente usados con fines curativos).

Droga ilegal o ilícita. Todo fármaco adictivo o no, que puede causar daño al organismo o al psiquismo

y que ha sido incluido en las listas de sustancias prohibidas que la legislación de cada país ha elaborado para los fines de proteger al individuo y a la sociedad (en tal sentido se prefiere usar el nombre genérico de psicotrópicos).

Droga. Sustancia química de origen natural, sintético o semisintético con fines profilácticos, diagnósticos, terapéuticos o paliativos, o para modificar con otra finalidad las funciones fisiológicas de animales o humanos. En el sentido más amplio, es cualquier sustancia química o mezcla de sustancias distintas de las necesarias para la conservación de la salud en condiciones normales, cuya administración modifica las funciones biológicas, y posiblemente también la estructura del organismo. De manera resumida, se le define como cualquier sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o más de sus funciones. Usada en tal sentido se considera sinónimo de fármaco.

Drogas de diseño. Grupo relativamente nuevo de sustancias con propiedades psicotrópicas estimulantes (anfetaminas de estructura química semejante; metanfetamínica), producidas específicamente para su venta y consumo en laboratorio clandestino. Dícese, en tal sentido que se diseñan.

Ecolalia. Repetición (eco) patológica, propia de un loro y aparentemente sin sentido de una palabra o frase acabada de emitir por otra persona.

Ecopraxia. Repetición por imitación de los movimientos de otra persona. La acción no es voluntaria y tiene un carácter semiautomático e incontrolable.

Educación antialcohol/antidrogas. Aportación y análisis de datos concretos sobre el alcohol (abuso de alcohol/adicción etílica) y otras drogas (abuso de drogas/adicción) mediante, p. Ej. conferencias, documentales o lecturas, con el objeto de provocar un cambio de actitud o de conducta.

Educación para la salud. Al proceso de enseñanza aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes encaminadas a modificar comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

Educación para la Salud Mental. Proceso organizado y sistemático mediante el cual se busca orientar a las personas a fin de modificar o sustituir determinadas conductas por aquellas que son saludables en lo individual, lo familiar, lo colectivo y en su relación con el medio ambiente.

Ello. Una de las tres (Ello, Superyo y Yo) instancias distinguidas por Freud en su segunda teoría del aparato psíquico. El ello constituye el polo pulsional de la personalidad; sus contenidos y expresión psíquica de las pulsiones son inconscientes, en parte hereditarios e innatos, en parte reprimidos y adquiridos. Desde el punto de vista económico, el Ello es considerado como el reservorio primario de la energía psíquica; desde el punto de vista psicodinámico, entra en conflicto con el Yo y el Superyo que, desde el punto de vista genético, constituyen diferencias funcionales de aquél.

Empatía, empatizar. Capacidad intelectual y afectiva de las personas para captar los fenómenos emocionales de otra persona como si fueran propios. Disposición fundamental del terapeuta para el tratamiento psicoterapéutico de los pacientes.

Empírico. Que se tiene confianza cierta observación o experiencia, sin tomar en cuenta los principios teóricos o la teoría al respecto.

Encargado. Persona responsable del establecimiento o del tratamiento de las o los usuarios.

Encefalopatía. Enfermedad cerebral, cualquier enfermedad del encéfalo.

Endócrino. Designación de los órganos o glándulas de secreción interna y todo lo relativo a los mismos.

Endocrinopatía. Lo referente a las enfermedades de las glándulas.

Enfermedad Mental. Aquellas alteraciones de la salud mental consideradas en la Clasificación Internacional de enfermedades mentales de la Organización Mundial de la Salud: F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas. F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes. F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios. F32 Episodios depresivos. F33 Trastorno depresivo recurrente. F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes. F38 Otros trastornos del humor (afectivos). F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. F41 Otros trastornos de ansiedad. F42 Trastorno obsesivo-compulsivo. F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación. F44 Trastornos disociativos (de conversión). F45 Trastornos somatomorfos. F48 Otros trastornos neuróticos. F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos. F51 Trastornos no orgánicos del sueño. F52 Disfunción sexual no orgánica. F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad. F62 Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral. F63 Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos. F81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar. F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor. F83 Trastorno específico del desarrollo mixto. F84 Trastornos generalizados del desarrollo. F93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia. F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia. F95 Trastornos de tics. F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia. F99 Trastorno mental sin especificación.

Entrenamiento conductual por autocontrol. Actividades encaminadas a enseñarle al paciente métodos para modificar sus hábitos de consumo de alcohol, con objeto de que logre moderar su consumo. Les enseña las maneras de reaccionar en situaciones de alto riesgo. En este método, al que también se le conoce como entrenamiento por autogestión, a veces se utilizan guías de autoterapia.

Entrenamiento en habilidades sociales. Alude al entrenamiento de habilidades conductuales que permitan el desarrollo y mantenimiento de relaciones interpersonales.

Entrevista motivacional. Método centrado en el paciente dirigido a consolidar una motivación intrínseca para cambiar, explorando y resolviendo la ambivalencia.

Erógeno. Que provoca sensaciones sexuales.

Erótico. Relativo a las sensaciones sexuales o a sus estímulos.

Erotismo. Término genérico que designa el ansia o excitación sexual, inherente a las membranas mucosas, la piel y los órganos de sensaciones especiales.

Erotomanía. Exageración patológica de la conducta sexual (sensaciones, emociones, reacciones).

Epistaxis. Sangrado a través de la nariz. Hemorragia nasal.

Esplenomegalia. Crecimiento visceral anormal del bazo.

Establecimiento. En la NOM todo aquel lugar, público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, fijo o móvil en el que se presten servicios de prevención, tratamiento y control a personas con problemas de consumo de sustancias psicotrópicas.

Establecimiento para la atención médica. En la NOM todo aquél, fijo o móvil; público, social o privado, que preste servicios de atención médica ya sea ambulatoria o para internamiento, cualquiera que sea su denominación; incluidos los consultorios.

Estado de ánimo expansivo. Expresión de los sentimientos propios sin restricciones, frecuentemente asociado con una sobrestimación de la propia importancia o significación. Puede darse en presencia de algún efecto estimulante como parte de la euforia (cocaína o anfetamínicos).

Estado de ánimo. Emoción generalizada y persistente que colorea la percepción del mundo. Son ejemplos frecuentes de estado de ánimo la depresión, alegría, cólera y ansiedad. A diferencia del afecto, que se refiere a cambios más fluctuantes en el "tiempo" emocional, el estado de ánimo se refiere a un "clima" emocional más persistente y sostenido. Éstos son los tipos de estado de ánimo: Disfórico. Estado de ánimo desagradable, tal como tristeza, ansiedad o irritabilidad. Elevado. Sentimiento exagerado de bienestar, euforia o alegría. Una persona con estado de ánimo elevado puede decir que se siente "arriba", "en éxtasis", "en la cima del mundo" o "por las nubes". Eutímico. Estado de ánimo dentro de la gama "normal", que implica la ausencia de ánimo deprimido o elevado. Expansivo. Ausencia de control sobre la expresión de los propios sentimientos, a menudo con sobrevaloración del significado o importancia propios. Irritable. Fácilmente enojado y susceptible a la cólera.

Estado intersexual. Estado en el que un individuo manifiesta mezcladamente, y en distintos grados, características de cada sexo, incluyendo formas físicas, órganos reproductivos y comportamiento sexual.

Estado paranoide. Trastorno psicótico en el cual un delirio, generalmente persecutorio o de grandeza, es la anomalía esencial y explica los trastornos en el

humor, la conducta y los pensamientos, incluyendo las alucinaciones que puedan presentarse.

Esteatosis. Desarrollo de una colección grasosa dentro de un tejido o víscera como en la esteatosis hepática.

Esteroides. Grupo de hormonas sintéticas que afectan el proceso químico del funcionamiento corporal, sexual y fisiológico. Su efecto puede incrementar el volumen de la masa muscular que buscan algunos atletas para favorecer su capacidad de ejecución y rendimiento.

Estigma. Asociación negativa vinculada a una actividad o condición; que ocasiona vergüenza o rechazo social.

Estilo de vida. Conjunto de patrones de comportamiento que define e identifica a una persona o un grupo, a través de lo que hace y expresa, y que se genera en la familia, la escuela y otros sitios de convivencia mediante la socialización, proceso diario en el que se interactúa con los padres, las autoridades y la comunidad.

Estimulante. Sustancia cuya acción sobre la mente es capaz de producir sentimientos de euforia, aumento del estado de alerta y disminución del apetito y de la sensación de fatiga.

Estrategia de acercamiento. Estrategia que busca activamente a personas de una comunidad con posibles trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño inducidos por sustancias) o bien, los derivados de su consumo (dependencia y abuso) para su manejo inmediato.

Estrategias de tratamiento. Manejo específico, intervención integral, o técnicas terapéuticas merced a

las cuales se obtiene control de dos o más trastornos, al combinarse en una sesión sola o interacción, o bien en una serie de interacciones o sesiones múltiples.

Estrés. Respuesta fisiológica ante eventos psicológicos, en la cual están implicados ciertos estímulos con características específicas, respuestas emocionales, fisiológicas y cognitivas, así como variables que funcionan como mediadoras entre la presentación del estímulo y la respuesta autónoma que incrementa la actividad hormonal.

Estresante psicosocial. Acontecimiento o cambio vital que pueda asociarse temporalmente (y quizá causalmente) al inicio, ocurrencia o exacerbación de un trastorno mental.

Estupor, estado de. Condición en la que el individuo está parcialmente consciente o sensible. Insensibilidad acompañada de gran disminución de los movimientos espontáneos. Alude a la disminución de un nivel particular de conciencia; en éste puede haber causas funcionales como orgánicas. Se aprecia en el consumo de algunas sustancias, la depresión y la esquizofrenia. Estado en el que no se responde a la estimulación y se acompaña de inmovilidad y mutismo.

Esquizofrenia. Término creado por Bleuler en 1911 para designar un grupo de psicosis cuya unidad ya había señalado Kraepelin, calificándolas bajo el epígrafe de Dementia Praecox. Actualmente se le conoce como psicosis funcional, la más típica de las psicosis. Los pacientes diagnosticados presentan alucinaciones que ocurren en ausencia de estímulos reales, dada su naturaleza patológica. Asimismo muestran discurso desorganizado y comportamiento muy desorganizado o catatónico. El trastorno dura durante al menos 6 meses e incluye al menos 1 mes con los síntomas de fase activa, incluso dos o más de los siguientes síntomas: delirios, ilusiones,

alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento alterado y otros síntomas negativos.

Etiología. Estudio de las causas de las cosas. En medicina alude al origen de las enfermedades.

Etiopatogenia (íco). Relativo al origen. Causalidad y desarrollo de las enfermedades; mecanismo del proceso de enfermedad.

Euforia. Sensación de bienestar, elación.

Evaluación clínica de los casos en programas profesionales. De acuerdo con las recomendaciones internacionales de los programas de tratamiento, debe contener las siguientes características: Ocurre *a fortiori* previa al manejo de casos; investiga condiciones psicofísicas al arribo; evaluación psiquiátrica-psicológica y para el diagnóstico y tratamiento de la comorbilidad; elabora plan terapéutico o deriva a mejor alternativa de manejo; entrevista psicológica (autoinformes, observación de la conducta y pruebas (cuantitativo-cualitativas), psicométricas, proyectivas e inventario de personalidad.

Exámenes de Laboratorio Mínimos Indispensables. Biometría hemática, Química sanguínea, Examen general de orina. En caso de sospecha clínica de SIDA, se seguirán los criterios señalados en la NOM-010-SSA2-1993, para la Prevención y Control de la Infección por VIH.

Expediente clínico. Conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

Exposición a estímulos. Exposición de los bebedores o usuarios de drogas al estímulo (vista, gusto, olfato) del uso de alcohol o drogas sin proporcionarles la

sustancia con la suposición de que tal estímulo eliminará el deseo o la necesidad.

Éxtasis. Término popular para designar la etilendioximetamfetamina (MDMA), un miembro de la familia de las anfetaminas. En dosis pequeñas, la MDMA causa la deformación de percepciones emocionales. En dosis más altas, esto causa el estímulo potente típico de las anfetaminas.

Extraña, idea. Idea delirante que implica un fenómeno que la cultura del individuo consideraría totalmente inverosímil. Inserción del pensamiento. Idea delirante de que ciertos pensamientos propios no son de uno mismo, sino que más bien son insertados en la propia mente. No congruente con el estado de ánimo. Véase síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo. Persecutoria. Idea delirante cuyo tema central consiste en que el individuo (o alguien cercano a él) está siendo atacado, atormentado, golpeado, perseguido o se conspira contra él. Somática. Idea delirante cuyo principal contenido pertenece a la apariencia o funcionamiento del propio cuerpo.

Factor de riesgo. Atributo o exposición de una persona o población, que están asociados a una probabilidad mayor del uso y abuso de sustancias psicotrópicas.

Factores protectores. Rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales, que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie o continúe un proceso adictivo.

Fármaco. Término genérico que refiere por igual a una sustancia química, droga, medicamento o psicotrópico. En sentido estricto "droga medicinal" o "medicamento", como los psicofármacos habitualmente usados en la clínica psiquiátrica. Sin embargo, se acepta en sentido amplio -a pesar de la confusión que pueda producir en el público y personas no ini-

ciadas- como sinónimo de "droga" en general. Cuando se hace referencia a las drogas psicotrópicas -que habitualmente se usan por automedicación y para fines tóxicos, no curativos- se involucra en alguna forma a los psicofármacos (aunque éstos se prescriben por indicación, bajo esquema y con propósito curativo).

Farmacocinética. Procesos de absorción, distribución y eliminación de los fármacos en el organismo. Farmacodependencia o drogadicción. Dependencia o adicción, a una o más sustancias psicotrópicas. Ver dependencia.

Farmacodependiente. Individuo que depende del uso de fármacos. Adicto.

Farmacodinamia. Relativo a la dinámica y efectos que un fármaco tiene en el organismo.

Farmacoterapia. Acción curativa que ejerce el profesional a través del uso de psicofármacos, para la corrección de los estados mórbidos de los pacientes, dada la gran diversidad de modalidades y problemas a enfrentar. En psiquiatría y adicciones alude a la corrección de los Síndromes de intoxicación, Abstinencia, Adicción u otras condiciones que derivan del consumo -crónico- de psicotrópicas.

Fase residual. Fase de una enfermedad que ocurre tras la remisión de los síntomas floridos o del síndrome completo.

Fenciclidina y sustancias de acción similar (ketamina, ciclohexanina y la dizocilpina). Sustancias estimulantes-psicopdislépticas desarrolladas inicialmente como anestésicos en los años cincuenta, para convertirse en drogas fácilmente accesibles en la calle en los años sesenta. Se pueden tomar por vía oral o intravenosa o bien se fuman. La fenciclidina (vendida ilegalmente bajo una serie de nombres como

PCP, polvo de ángel y píldora de la paz) es la sustancia más consumida en este grupo.

Fenómeno de Estela. Anomalía perceptual asociada con el consumo de psicotrópicos alucinógenos en el que los objetos en movimiento se perciben como una serie de imágenes independientes y continuas.

Filosofía de los programas profesionales. Abordaje individualizado (socio-cultural, biopsíquico y rehabilitatorio); modelo inter y transdisciplinario que combina profesionales y paraprofesionales; ambiente libre de drogas en instalaciones ad hoc; manejo residencial (urgencias e internamiento); ambulatorio (consulta externa); valoración integral: laboratorio, gabinete, evaluación psicológica, psicodiagnóstico y clinimetría; uso de instrumentos clínicos codificados; modalidades psicoterapéuticas de óptica cognitivo-conductual; supervisión a la rehabilitación escolar, laboral y socio-familiar; discrimina y ataca las causas de recaída; apoya al paciente con grupos Ayuda Mutua y gestiona servicios de casa de medio camino; impulsa crecimiento personal vía psicoterapia cognitivo-conductual y psicodinámica; programas de capacitación profesional al personal de salud y de educación en salud mental; programas de investigación; publicación de sus resultados.

Flashback. Trastorno que se presenta posterior al consumo de alucinógenos y como consecuencia de él, pero sin requerir nueva administración. Reviviscencia caracterizada por la presencia de síntomas variados, pérdida de las fronteras del Yo e intensas emociones. Es episódico y generalmente de corta duración (de segundos a horas), y puede duplicar exactamente los síntomas de episodios alucinogénicos previos por diversas sustancias de esta índole. Puede precipitarse por fatiga, ingestión de alcohol o intoxicación por marihuana, entre otras.

Flushing, Síndrome de. Reacción idiosincrásica al alcohol.

Fobia. Miedo persistente e irracional hacia un objeto, situación o actividad específicos (el estímulo fóbico), que da lugar a un deseo incoercible de evitarlo. Esto suele conducir a evitar el estímulo fóbico o a afrontarlo con terror. Temor morboso, obsesionante y angustioso que sobreviene de circunstancias determinadas, relacionadas con la vida psíquica inconsciente del paciente. Se usa como sufijo en misofobia, miedo al polvo y a la suciedad o en acrofobia, miedo a las alturas.

Formación reactiva. Actitud o hábito psicógeno en sentido opuesto al deseo reprimido y que se ha constituido como reacción contra éste, como pudor que se opone a tendencias exhibicionistas. Estas formaciones pueden ser localizadas o manifestarse por comportamiento particular y pueden constituirse en rasgos de carácter más generalizados, integrados al conjunto de la personalidad.

Frustración. Más allá de un cierto umbral, la frustración, es decir, la no realización de un deseo o de una necesidad, puede ser patógena y suscita una fuerte agresividad y angustia; el desarrollo del yo, sin embargo, reposa sobre la frustración. Lo contrario de la frustración es la gratificación.

Fumador pasivo. Persona que inhala de manera involuntaria el humo de tabaco en el ambiente.

Fuga de ideas. Un flujo casi continuo de habla acelerada, con cambios temáticos bruscos, que habitualmente se basan en asociaciones comprensibles, estímulos que distraen la atención o juegos de palabras. Cuando es grave, el habla puede ser incoherente y desorganizada.

Ganglio; ganglionar. Engrosamiento en forma, tamaño y estructura variable en el trayecto de un vaso linfático o un nervio.

Genética. Ciencia que es rama de la biología, encar-

gada de estudiar los problemas de la herencia. Relativo a la génesis u origen de las cosas.

Gestión del estrés. Actividades encaminadas a incrementar la capacidad del paciente de relajarse y afrontar el estrés. Las actividades pueden abarcar ejercicios de relajamiento progresivo, retroalimentación biológica, meditación, desensibilización sistemática y otras técnicas conductuales.

Ginecomastia. Crecimiento anormal de las mamas en el hombre.

Grandeza, ideas de. Evaluación desmesurada del valor, poder, conocimientos, importancia o identidad de uno mismo. Cuando es extrema, tales ideas pueden alcanzar proporciones delirantes.

Grupo. El grupo es la forma de organización natural del ser humano, ya que el individuo es un producto de relaciones y sólo puede vivir en relación. Para Freud "... todas las relaciones que, hasta el presente, han constituido el objeto de las investigaciones psicoanalíticas pueden considerarse, a justo título, como fenómenos sociales..."

Grupo de alto riesgo. A aquél en los que se ha demostrado, a través de diversas investigaciones y estudios, que, por sus características biopsicosociales, tienen mayor probabilidad de uso, abuso o dependencia a sustancias psicotrópicas, ejemplo: niños y adolescentes de y en la calle.

Grupo de Ayuda Mutua. Agrupación que ofrece servicios gratuitos, integrada por adictos en recuperación, cuyo propósito fundamental es apoyar al adicto con base en la experiencia compartida de los miembros del grupo, para lograr la abstinencia de sustancias psicotrópicas.

Grupos con prácticas de (alto) riesgo. Aquellos que han demostrado, a través de estudios epidemiológi-

cos, poseer mayor riesgo de adquirir infección por VIH/SIDA que el resto de la población. Pertenecen a estos grupos los varones homosexuales y bisexuales, los individuos heterosexuales (hombres y mujeres) con múltiples parejas sexuales, los dependientes a drogas de aplicación endovenosa, los hemofílicos y politransfundidos, así como las parejas sexuales y los hijos de cualquiera de estos individuos. Debido a la extensión del problema, hoy es preferible hablar de individuos con prácticas de alto riesgo y no de grupos.

Habilitación. Aprendizaje y adquisición de habilidades necesarias para vida diaria.

Habla apremiante. Habla que es excesiva en cantidad, acelerada y difícil o imposible de interrumpir. Usualmente es de excesivo volumen y empática. Con frecuencia la persona habla sin ninguna incitación social y puede continuar haciéndolo aún cuando nadie le escuche.

Hematemesis. Vómito de sangre.

Hemoptóico. Dícese del esputo contaminado con sangre. Expectोरación sanguinolenta.

Hepatitis. Inflamación del hígado, acompañada de lesión tisular que daña la glándula y propicia riesgo de la muerte. La hepatitis puede ser de la duración limitada o una condición crónica. Puede ser causado por la infección viral o por la exposición crónica a venenos, productos químicos, medicamentos y psicotrópicos de abuso como el alcohol.

Heroína. Psicotrópico opiáceo semisintético derivada de la morfina. Es un potente analgésico narcótico que provoca también euforia y posee un potencial adictivo más alto que cualquier otro analgésico.

Hiper. Prefijo que indica superior, arriba.

Hiperacusia. Sensibilidad dolorosa a los sonidos.

Hipercapnia. Aumento de la concentración del CO₂ -Bióxido de carbono- en la sangre.

Hiperprosexia. Aumento de la atención, sinónimo de hipervigilancia.

Hipersomnia. Excesiva somnolencia, manifestada por sueño nocturno prolongado, dificultad para mantener un estado de alerta durante el día o episodios diurnos de sueño no deseados. Trastorno del dormir. Exagerada tendencia de un organismo a mantenerse durmiendo o con sueño. Catalepsia.

Hipertermia maligna. Episodio de elevación grave y persistente de la temperatura corporal asociado a la ingestión masiva de sustancias o de aquellas especialmente lesivas o alterantes del equilibrio funcional del SNC.

Hipnosis aplicada a las adicciones. Hacer que la persona entre en trance hipnótico y enseguida darle instrucciones precisas para que modifique su futuro consumo de sustancias.

Hipo. Prefijo que indica inferior, abajo.

Hipocondria. Preocupación excesiva sobre la propia salud que no se basa en una patología real, sino más bien en interpretaciones no realistas de los signos físicos o de las sensaciones como anormales.

Hipotensión ortostática. Un tipo de tensión arterial baja que se promueve cuando el individuo se levanta de súbito, cambia de postura o inicia a deambular.

Hipotímico(s). Relativo al talante; disminución del estado del ánimo; tendencia a la depresión.

Homeostasis. Concepto biológico fundamental aplicado a la medicina, que se refiere al equilibrio funcional y dinámico del organismo. Es llamado por otro estado estable.

Hospitalización. Se llama al servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

Iatrógeno. Relativo al médico. Acción o efecto producido por el médico o los medicamentos. Imputable a la acción y la participación de la actividad médica en cualquiera de sus formas.

Humo de tabaco en el ambiente. Humo que se forma directamente por la combustión del tabaco o corriente principal, además del que sale del extremo opuesto a la braza o corriente secundaria al cual se agrega al que exhalan las personas que fuman.

Conciencia. 1. Rasgo que distingue la vida psíquica, caracterizado diversamente como: a) percatación general; b) efecto central de la recepción nerviosa; c) capacidad de tener experiencias; d) aspecto subjetivo de la actividad cerebral; e) relación del yo con el medio ambiente. 2. Suma total de las experiencias de un individuo dado. 3. capacidad del individuo para conocer objetos externos e influir sobre ellos. 4. (ética) Actitud del individuo hacia las implicaciones morales o sociales de su propia conducta, y que supone un juicio de valor.

"Ice". Término del argot para referirse a la forma fumada de la metanfetamina. Tal como ocurre con la cocaína (de primera) se prepara para su consumo vía inhalación (fumada), a temperaturas relativamente bajas de modo que produzca un vapor. Su efecto es euforia, energía y agitación, seguida de un período de depresión profunda.

Ictericia. Signo de alteración o mal funcionamiento hepático consistente en la aparición del color amarillento en conjuntivas y piel, debido a la elevación de las bilirrubinas en el torrente sanguíneo, y por hemólisis.

Idea delirante. Falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa que es

firmemente sostenida, a pesar de lo que casi todo el mundo cree y a pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario. La creencia no está aceptada ordinariamente por otros miembros de la subcultura o cultura a la que pertenece el individuo (no es un artículo de fe religiosa). Cuando una creencia errónea implica un juicio de valor, sólo se considera idea delirante cuando el juicio es tan extremo que desafía toda credibilidad. La convicción delirante se produce a lo largo de un continuo y a veces puede inferirse del comportamiento del individuo. Con frecuencia es difícil distinguir entre una idea delirante y una idea sobre valorada (en cuyo caso el individuo tiene una creencia o idea no razonable, pero no la sostiene tan firmemente como en el caso de una idea delirante). Las ideas delirantes se subdividen de acuerdo con su contenido. Algunos de los tipos más frecuentes son los siguientes: Celos delirantes. Idea delirante de que se es traicionado por el compañero sexual. Congruente con el estado de ánimo. Véase síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo. De grandeza. Idea delirante de valor, poder, conocimientos o identidad exagerados, o de una relación con una deidad o una persona famosa. De referencia. Idea delirante cuya temática consiste en que ciertos hechos, objetos o personas del ambiente inmediato del individuo adoptan una significación particular y desusada. Estas ideas delirantes suelen ser de naturaleza negativa o peyorativa, pero también pueden ser de grandiosidad. Difieren de las ideas de referencia, donde la falsa creencia no se sostiene tan firmemente ni está tan organizada como una verdadera creencia. De ser controlado. Idea delirante en que ciertos sentimientos, impulsos o actos se experimentan como si estuvieran bajo el control de alguna fuerza externa más que bajo el de uno mismo. Difusión del pensamiento. Idea delirante de que los propios pensamientos están siendo difundidos en alta voz de modo que pueden ser percibidos por otros. Erotomaniaca. Idea delirante de que otra persona, habitualmente de status superior,

está enamorada del individuo. Idea firme y fija que no responde a las explicaciones racionales, mantenida en contra de los argumentos lógicos y a pesar de la evidencia objetiva en contrario.

Idea sobrevalorada. Creencia persistente y no razonable que se mantiene con menos intensidad que la idea delirante (esto es, el individuo es capaz de aceptar la posibilidad de que su creencia puede no ser cierta). La creencia no es aceptada habitualmente por otros miembros de la cultura o subcultura a que pertenece el individuo.

Ideación paranoide. Ideación que implica sospechas o creencia de estar siendo atormentado, perseguido o tratado injustamente, pero de proporciones inferiores a las de una idea delirante.

Ideal del Yo. Concepto que se refiere a lo que le gustaría al sujeto ser de modo utópico, la posibilidad de alcanzar algo deseado para su estructuración y funcionamiento como individuo. Se trata de una instancia de la personalidad producto de la convergencia del narcisismo (como idealización del Yo) y las identificaciones con los padres, sus sustitutos y los ideales colectivos. En tanto instancia diferenciada constituye un modelo al que el Sujeto intenta ajustarse.

Ideas de referencia. Sensación de que ciertos incidentes causales o que determinados acontecimientos externos tienen un significado particular y desusado que es específico para cada individuo. Debe distinguirse de un delirio de referencia, en el que existe una creencia sostenida con convicción delirante.

Identidad sexual. Convicción interna –psíquica e involuntaria– de una persona acerca de ser varón o mujer.

Ilusión. Percepción distorsionada o mala interpretación de un estímulo sensorial real. Percepción o interpretación errónea de un estímulo externo real,

como escuchando el rumor de unas hojas o el sonido de unas voces. Véase también alucinación.

Imaginación. Función psíquica que desempeña un importante papel en el ejercicio de determinadas actividades psíquicas. La función imaginativa está en la base de toda creatividad, de toda inventiva.

Incoherencia. Lenguaje o pensamiento que resulta esencialmente incomprensible a los demás porque las palabras o las frases se unen sin una conexión lógica o significativa. La irregularidad ocurre dentro de las oraciones, a diferencia del descarrilamiento o dispersión, en el que la alteración se produce entre las oraciones. La incoherencia a veces ha sido denominada "ensalada de palabras" para poner de manifiesto el grado de desorganización lingüística. No deben considerarse como incoherencia ciertas construcciones escasamente gramaticales o usos idiomáticos característicos de una cultura o región particulares, una falta de escolarización o un bajo nivel intelectual. El término no suele aplicarse cuando hay pruebas de que el trastorno del habla se debe a una afasia.

Inconsciente. En el marco de la primera tópica Freudiana, el sistema inconsciente designa el conjunto dinámico de los deseos, tendencias, recuerdos reprimidos que, a diferencia del sistema preconscious, no pueden acceder al campo actual de la conciencia. Estos contenidos están regidos por los mecanismos del proceso primario; desconocen el tiempo y la contradicción. Cargados con fuerza, los recuerdos o los deseos reprimidos tratan de hacer un retorno en la conciencia y en la acción (retorno de lo reprimido). Pero no pueden tener acceso a la conciencia sin haber sido antes sometidos a las deformaciones de la censura.

Inhalable. Sustancia volátil que se administra para su consumo de fines tóxicos a través de las vías respiratorias. Entre ellos se encuentran los disolventes, pinturas, lacas, barnices, pegamentos, adhesivos, etc.

Inhalante. Inhalador. Dícese de quien consume disolventes volátiles.

Inhibidor de proteasa. Medicación usada para tratar el VIH ya que interfiere con la acción de esta enzima al bloquear la reproducción viral.

Inmunidad; inmune. Conjunto de manifestaciones que un organismo vivo es capaz de desarrollar en su esfuerzo por adquirir un estado refractario ante las infecciones. En condición de no ser atacable por las enfermedades. Inmunización. Dícese de la activa que resulta de la aplicación (inoculación) de antígenos capaces de aumentar o provocar la aparición de anticuerpos. Pasiva si se aplican (inoculan) al paciente los anticuerpos procedentes de otra persona o animal inmune.

Insight. Término inglés, traducido como "conocimiento de sí mismo". Introspección.

Insomnio. Quejas subjetivas de dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido o a causa de la mala calidad del sueño. Éstos son los tipos de insomnio: Insomnio inicial. Dificultad para conciliar el sueño. Insomnio medio. Despertar a media noche después de haber conciliado el sueño, aunque con dificultades. Insomnio terminal. Despertar antes de la hora usual de hacerlo, con incapacidad para reemprender el sueño.

Instinto. Esquema de comportamiento heredado propio de una especie animal que varía poco de un individuo a otro, y que se desarrolla según una determinada secuencia temporal poco susceptible de perturbarse y que parece responder a una finalidad. Integración. En el contexto de los programas de tratamiento, denota la estrecha relación entre salud mental y ambos grupos de trastornos: los inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, ansiedad,

disfunción sexual y trastorno del sueño inducidos por sustancias) y los derivados de su consumo (dependencia y abuso).

Intelectualización. Proceso psíquico en virtud del cual el individuo intenta dar una formulación cursiva a sus conflictos y emociones con el fin de controlarlos.

Interconsulta. Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del médico tratante.

Interpretación. La interpretación es la comunicación que el psicoterapeuta hace al paciente, con el objeto de hacerle acceder a ese sentido latente. La interpretación se aplica a todas las producciones del inconsciente. El modelo de interpretación de los sueños, por debajo del contenido manifiesto, revela el contenido latente.

Intervención. Estrategia de tratamiento específica, terapia, o técnica usada para tratar uno o varios trastornos.

Intoxicación (síndrome de). Síndrome reversible específico de la(s) sustancia(s) de que se trate, debido a su reciente ingestión o exposición. Los cambios psicológicos o de comportamiento desadaptativos (agresividad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social) son debidos a los efectos fisiológicos directos de la sustancia sobre el SNC y se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después, e implican alteraciones de la percepción, de la vigilancia, la atención, el pensamiento, la capacidad de juicio y el comportamiento psicomotor e interpersonal. El cuadro clínico varía entre las personas y depende de la sustancia implicada, dosis, duración o cronicidad de su uso, tolerancia del individuo a los

efectos de la sustancia, tiempo transcurrido desde la toma de la última dosis, expectativas por parte de la persona a los efectos de la sustancia y del entorno o lugar en el que la sustancia se ha tomado. Los síntomas y signos difieren según su consumo sea inmediato o agudo o sostenido o crónico. Diferentes sustancias (incluso de distintas clases) pueden producir síntomas idénticos. V. gr. tanto la intoxicación por anfetaminas y metanfetaminas como por cocaína pueden dar lugar a ideas megalomaniacas e hiperactividad, acompañadas de taquicardia, midriasis, hipertensión y transpiración o escalofríos. También el alcohol y sustancias como los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos producen síntomas de intoxicación similares. La naturaleza desadaptativa de un cambio de comportamiento inducido por una sustancia depende del entorno y del contexto social; el comportamiento desadaptativo sitúa al individuo en un mayor riesgo de padecer efectos adversos (accidentes, complicaciones médicas, alteración de la relación familiar o social, problemas laborales, económicos o legales). Los signos y síntomas de la intoxicación persisten a veces durante horas o días, mucho después de que la sustancia ya no se detecta en el organismo. Esto puede ser debido a la presencia continua de bajas concentraciones de la sustancia en algunas áreas cerebrales o al efecto de "ataque y retirada" por el que la sustancia altera el proceso fisiológico y la recuperación dura más tiempo que el empleado para la eliminación de la sustancia. Estos efectos de intoxicación a largo plazo deben distinguirse de la abstinencia, los síntomas que se inician por un descenso de las concentraciones de la sustancia en la sangre o los tejidos. Como en la abstinencia, otros factores a considerar para su diagnóstico y tratamiento son: la evaluación clínica completa (exploración física y patología asociada); vía de administración de las sustancias; presuntas responsables de los cuadros; rapidez de inicio con cada tipo de sustancia y duración de los efectos; vida media de las sustancias; policonsumo y duración de los efectos; trastornos mentales asociados

y patrón familiar; diagnóstico diferencial y otros trastornos mentales inducidos por sustancias; los síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo; el uso adecuado de las pruebas laboratorio y gabinete; procedimiento de tipificación de la intoxicación y la abstinencia y curso clínico del síndrome; deterioro y complicaciones.

Ipsilateral. Del mismo lado.

Juego patológico. Enfermedad cuyo rasgo esencial es la persistencia maladaptativa y recurrente en los juegos de azar, cuyo comportamiento, afecta, interrumpe o daña las relaciones personales, familiares y socio-profesionales.

Lentitud psicomotora. Enlentecimiento generalizado visible de los movimientos y del habla.

Libido. Este término designa la energía de las pulsiones sexuales; implica tomar en cuenta el punto de vista económico. "Designamos, así, con él la energía de las pulsiones relacionadas con todo aquello susceptible de ser abarcado con la palabra amor".

Linfadenitis. Inflamación de los ganglios linfáticos. Adenitis.

Líquidos de riesgo. A la sangre, semen, secreciones vaginales, líquido cefalorraquídeo, líquido preeyaculatorio, líquido amniótico, líquido pericárdico, líquido peritoneal, líquido pleural, líquido sinovial y leche materna.

Macropsia. Percepción visual de que los objetos son mayores de lo que realmente son.

Mal viaje. En el argot de los consumidores de sustancias se refiere a la mala experiencia dada por el uso de un determinado psicotrópico, como los alucinógenos, las anfetaminas y otros estimulantes como los antihistamínicos y los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

Marcador biológico. Compuesto biológico que provee evidencia de la presencia o vulnerabilidad de un trastorno específico.

Mariguana. Sustancia psicoactiva estimulante-psicodisléptica derivada de la planta cannabis. El delta-9-tetrahidrocannabinol es el responsable de sus efectos. Tiene distintos efectos sobre el cerebro (la intoxicación produce euforia con risas inapropiadas y grandiosidad, sedación, letargo, deterioro de la memoria inmediata, dificultades para llevar a cabo procesos mentales complejos, deterioro de la capacidad de juicio, percepciones sensoriales distorsionadas, deterioro de la actividad motora y sensación de que el tiempo transcurre lentamente. Ocasionalmente, aparece ansiedad (que puede ser grave), disforia o retraimiento social. Estos efectos se acompañan de irritación conjuntival, aumento del apetito, sequedad de boca y taquicardia.

Mecanismo de defensa. Proceso psicológico automático que protege al individuo de la ansiedad y de la conciencia de amenazas o peligros externos o internos. Los mecanismos de defensa mediatizan la reacción del individuo ante los conflictos emocionales y ante las amenazas externas. Algunos mecanismos de defensa (proyección, dicotomización, y "acting out") son casi siempre desadaptativos. Otros, como la supresión y la negación, pueden ser desadaptativos o adaptativos en función de su gravedad, inflexibilidad y el contexto en el que ocurran.

Medicamento. Sustancia química usada con fines curativos, por medio de una dosis y en respuesta a una indicación diagnóstica, terapéutica o rehabilitatoria. En tal sentido alude a los psicofármacos.

Medicamento agonista. Sustancia química extrínseca a las sustancias producidas endógenamente, que actúa sobre un receptor y es capaz de producir el efecto máximo que puede alcanzarse estimulando dicho receptor. Un agonista parcial sólo es capaz de

producir menos del efecto máximo, aunque se administre en concentración suficiente para fijarse a todos los receptores disponibles.

Medicamento agonista/antagonista. Sustancia química extrínseca a sustancias producidas endógenamente que actúa sobre una familia de receptores (como los receptores de los opiáceos Mu, Kappa y Delta), de manera que es un agonista o agonista parcial respecto de un tipo de receptor y antagonista respecto de otro. Sustancia química extrínseca a las sustancias producidas endógenamente que ocupa un receptor, no produce efectos fisiológicos e impide que factores químicos endógenos y exógenos produzcan algún efecto en dicho receptor.

Melena. Evacuación de heces con sangre digerida.

Metadona. Opiáceo sintético usado en la terapia de mantenimiento de los pacientes dependientes a opiáceos.

Micropsia. Percepción visual de que los objetos son menores de lo que realmente son.

Miliequivalentes por Litro; mEq/L. Unidad internacional que designa la expresión de la concentración de una sustancia contenidas en un litro de solución. Miosis. Constricción pupilar. Es resultante por lo general, de intoxicación por opiáceos.

Midirasis. Dilatación pupilar. Es resultante de efectos anticolinérgicos o drogas similares. Diferentes sustancias (incluso de distintas clases) como en la intoxicación por anfetaminas -metanfetaminas- o cocaína, puede aparecer, asimismo en el caso del alcohol u otros sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

Morbilidad. Término con el cual se hace referencia al número de enfermos de un padecimiento dado, entre la población expuesta al riesgo de adquirirlo, multiplicado por una constante (generalmente cien mil).

Morboso. Relativo a la enfermedad, que la causa o concierne a ella. Enfermizo.

Morfina. Sustancia psicotrópica prototípica de las drogas opiáceas de efecto analgésico que produce además, euforia con somnolencia placentera y que posee un alto potencial adictivo.

Movimientos estereotipados. Comportamiento motor repetitivo, aparentemente impulsivo y no funcional (sacudir o mover las manos, balancear el cuerpo, golpear la cabeza, mordisquear objetos, automorderse, pincharse la piel o los orificios corporales, golpear el propio cuerpo).

Naloxona. Bloqueador de los receptores opiáceos que antagoniza las acciones de las drogas opiáceas, virviendo la intoxicación. Se prescribe para el tratamiento de la sobredosis de este tipo de sustancias.

Narcisismo. Manía o embriaguez de sí mismo. Excesiva complacencia en la consideración de las propias facultades u obras.

Narcolepsia. Trastorno caracterizado por deseos incontrolables de sueño profundo.

Narcótico(s), drogas narcóticas. Sustancia psicotrópicas –ilegales– que en dosis terapéuticas disminuyen la sensibilidad, alivian el dolor y producen sueño (narcosis, de ahí su nombre), pero que en grandes dosis causan estupor, coma o convulsiones e incluso la muerte. Dícese de las drogas “fuertes” con poder adictivo alto de las que equivocadamente la gente cree por igual, que son narcóticos. Por ello vale decir que no todos los psicotrópicos de abuso y adicción son narcóticos (sólo algunos de los sedantes disponibles que sean derivados de los opiáceos).

Necesidad de castigo. Exigencia psicológica interna que según Freud se hallaría en el origen del com-

portamiento de ciertos sujetos en los que la investigación psicoanalítica pone de manifiesto que buscan situaciones penosas o humillantes y se complacen en ellas. Masoquismo moral. Lo que hay de irreductible en tales comportamientos es que se relacionan en última instancia con la pulsión de muerte.

Necrofobia. Temor morboso a los cuerpos muertos o a la muerte en sí.

Necrofilia. Inclinação morbosa a los cuerpos muertos. Atracción por lo relativo a la muerte.

Negación. Proceso en el que el individuo a pesar de formular alguno de sus deseos, ideas o sentimientos hasta entonces reprimidos, sigue defendiéndose negando que le pertenezcan.

Neoplasia. Formación de tejido nuevo de carácter tumoral; sinónimo de cáncer.

Neuroadaptación. Cambios neuronales asociados a la tolerancia y a la aparición del síndrome de abstinencia son explicados por este mecanismo fisiológico.

Neuroléptico(s). Psicofármacos tranquilizante(s) mayor(es) conocidos por su acción antipsicótica. Incluye fenotiacinas (clorpromacina y tioridacina) y butirofenonas (haloperidol). Medicación con la que se suelen tratar algunos trastornos mentales como las psicosis, sobre todo esquizofrenia. Se usa también en diferentes indicaciones médicas psiquiátricas.

Neurosis. Afección psicógena cuyos síntomas son expresión simbólica de un conflicto psíquico, que tiene sus raíces en la esfera infantil del individuo y constituyen compromisos entre el deseo y la defensa. Sus variadas manifestaciones han permitido clasificarla en varios tipos. Ver CIE-10, OMS.

Neurotransmisores cerebrales. Nombre asignado para referirse, de modo general, a las distintas sus-

tancias cerebrales que permiten la neurofisiología (nerviosa y mental) del ser humano. Incluye a la dopamina, noradrenalina, serotonina, GABA y sus metabolitos respectivos, entre otras.

Nicotina. Compuesto psicoactivo de tipo alcaloide de efecto estimulante y relajante a la vez, que es el principal componente del tabaco. Puede consumirse en distintas modalidades de tabaco (cigarrillos, pipa y puros, en polvo, con la toma de medicamentos (parches y chicle de nicotina).

Nihil, nihilismo. Nada. Negación de todo principio religioso, político y social. Vacuidad.

Nistagmo. Movimiento rítmico involuntario de los ojos, que consiste en temblores rápidos de pequeña amplitud en una dirección y un movimiento recurrente, mayor, más lento, en la dirección opuesta. El nistagmo puede ser horizontal, vertical o rotatorio.

Nosografía. Clasificación de enfermedades.

Nosología. Descripción del cuadro clínico de un trastorno particular en una clasificación de enfermedades.

Nosológico(a). Referente a la nosología. Parte de la Medicina que tiene por objeto el estudio de la descripción, diferenciación y clasificación de las enfermedades.

Objeto; Objetal. La noción de Objeto en psicoanálisis se considera desde tres aspectos: a) Como correlato de la pulsión. Es aquello mediante lo cual la pulsión busca alcanzar su fin, es decir su satisfacción. b) Como correlato del amor o del odio. Se trata de la relación de la persona total, o de la instancia del Yo con un Objeto al que se apunta en la totalidad, aquí el adjetivo sería Objetal. c) En el sentido tradicional de la filosofía y psicología del conocimiento, como correlato del sujeto que percibe y conoce. Es lo que

se ofrece con caracteres fijos y permanentes reconocibles por la universalidad de los sujetos, con independencia de los deseos y opiniones de los individuos; el adjetivo correspondiente sería *Objetivo*. NO se usa para despertar la idea de "cosa".

Objeto bueno; Objeto malo. Términos con los que M. Klein designa los primeros objetos pulsionales, parciales o totales, tal como aparecen en la imaginaria del niño. Ambos se hallan sometidos a procesos de introyección y proyección.

Objeto Parcial. Tipo de objetos a los cuales apuntan las pulsiones parciales. Se trata de partes del cuerpo, reales o imaginarias y sus equivalentes simbólicos. Incluso una persona puede llegar a ser identificada como un Objeto parcial.

Objetivo, (ser); Objetivismo. Relativo al objeto. Tendencia a ver las cosas como son. Dícese de lo que existe fuera del sujeto que lo capta y existe realmente; tal cual es en el mundo. Contrario a Subjetivo; Subjetivismo.

Objetivos y acciones de la psicoterapia en adicciones. La terapia psicológica del paciente abusador/adicto se caracteriza por diversos objetivos según sean los casos, pero convergen la mayoría de las ocasiones en: La toma de conciencia de enfermedad; el manejo de mecanismos defensivos; desarrollo de alternativas sanas y realistas para enfrentar las presiones internas y externas y desarrollo de tolerancia a la frustración, a la demora y desarrollo de control de los impulsos. Sus acciones se dirigen a: informar y desmitificar, dar educación preventiva; dar promoción continua a la rehabilitación; conocimiento individual conyugal y familiar, para solucionar conflictos vinculados a la adicción; mantenimiento de abstinencia y prevención de recaídas; refuerzo de actividades de grupos de ayuda mutua y/o psicoterapia; Psicoterapia psicodinámica para consolidar conocimiento, eventual reestructuración de la personalidad y

despliegue de hábitos saludables bajo vigilancia estrecha.

Odinofagia. Dolor de la cavidad bucal al deglutir.

Ontogenia; ontogénico. En fisiología se refiere a la formación y desarrollo del individuo considerado con independencia de la especie.

Ontología; ontológico. Parte de la metafísica que trata del ser en general y de sus propiedades trascendentes.

Opiáceos. Sustancias psicotrópicas –ilegales– derivadas del opio que tienen la propiedad común de suprimir el dolor, producir euforia con somnolencia placentera (narcosis) y causar dependencia. Su potencia es tan elevada y su acción tan rápida, que tienen un alto potencial adictivo. Este grupo de sustancias tiene varios efectos (analgésicos, anestésicos, antidiarreicos o antitusígenos). Existen varios tipos: naturales (morfina), semisintéticos (heroína) y sintéticos con acción similar a la de la morfina (codeína, hidromorfona, metadona, oxicodona, meperidina, fentanilo) y medicamentos (pentazocina, buprenorfina). La droga de la que más se abusa es la heroína, habitualmente por vía intravenosa, aunque también puede fumarse o aspirarse cuando se dispone de heroína muy pura.

Organización. Entidad o institución que proporciona servicios de salud mental en diferentes instancias de servicio (hospitalización, residencial o ambulatorio). No obstante no se clasifica como hospital psiquiátrico o general ni como centro de tratamiento residencial.

Paciente. Al beneficiario directo de la atención médica. En la NOM, se alude a la persona infectada asintomática y/o enferma de SIDA.

Pancitopenia. Reducción del número de eritrocitos, neutrófilos y plaquetas en la biometría hemática.

Papel o "rol" sexual. Actitudes, patrones de comportamiento y atributos de personalidad definidos por la cultura en que el individuo vive como papeles sociales estereotipadamente "masculinos" o "femeninos".

Paranoia. Tipo de ilusión o idea falsa que no se altera por vía del argumento razonado o prueba al contrario. La paranoia clínica implica la ilusión que la gente o los acontecimientos son de algún modo, relacionados con la persona afectada. La gente paranoide puede creer que los demás hablan de ellos, trazando proyectos desviados o planeando hacerles daño. A menudo ocurre durante episodios de consumo crónico o a dosis altas o bien durante la abstinencia de hipnóticos o sedantes del tipo del alcohol.

Parafernalia. En adicciones, término amplio que describe los objetos usados durante la preparación química o el uso de drogas de abuso. Éstos incluyen jeringuillas, agujas de jeringuilla, clips de escarcho, marihuana o tubos de ensayo, ligas, cucharas, goteros, etc.

Parafilias. Alteraciones psíquicas que dan lugar a conductas particulares solas o combinadas, clasificadas como enfermizas en los manuales internacionales de clasificación de enfermedades mentales. En el pasado se denominaron genéricamente perversiones y actualmente la controversial denominación aún se respeta en el campo del psicoanálisis, no así en el psiquiátrico. Se han descrito muchas, pero las más comunes son: exhibicionismo, fetichismo, frotteurismo, paidofilia, sadomasoquismo, fetichismo transvestista, voyeurismo, necrofilia, transexualismo, zoofilia, coprofilia y urofilia.

Parasomnia. Comportamiento o hechos fisiológicos anormales que ocurren durante el sueño o en las transiciones sueño-vigilia.

Parestesias. Nombre que se da a la sensación de hormigueo de un miembro como cuando está sien-

do insuficiente en su irrigación. Sensación de "dormido o entumecido".

Parantofobia. El grado más extremoso del rechazo e inadaptación. Fobia extrema.

Participación comunitaria. Al proceso de integración y coordinación de los miembros de una comunidad, para intervenir en la identificación y solución de problemas comunes.

Participación social. Al proceso que permite involucrar a la población, a las autoridades locales, a las instituciones públicas y a los sectores social y privado en la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

Patogenia; patogenicidad. Mecanismo de producción involucrado en la génesis de una enfermedad. Etiopatogenia origen del proceso morboso.

Patognomónico. El signo o síntoma específico inequívoco de una enfermedad; basta con su sola presencia para asentar el diagnóstico correspondiente.

Patosexualidad. En medicina es un término que se usa para designar los aspectos anormales y enfermos de la sexualidad humana.

Patrón de consumo o historia de consumo. Al conjunto de factores que determinan una forma particular de uso: tipo de sustancia(s) psicoactiva(s) de impacto, de inicio, edad de inicio, frecuencia, cantidad, vía de administración, tiempo de exposición, episodios de consumo e intoxicación, contexto del consumo y problemas asociados.

Pensamiento mágico. Creencia errónea de que los propios pensamientos, palabras o actos causarán o evitarán un hecho concreto de un modo que desafía

las leyes de causa y efecto comúnmente aceptadas. El pensamiento mágico puede formar parte del desarrollo normal del niño.

Pederosis; paidofilia; pedofilia. Inclinación erótica hacia los niños; generalmente hay abuso sexual de ellos. Parafilia.

Pérdida del control. Inhabilidad para modular la cantidad y frecuencia de consumo de psicotrópicos u otras sustancias que impide el cese del consumo.

Personalidad. Patrones duraderos de percibir, relacionarse y pensar acerca del ambiente y de uno mismo. Los rasgos de personalidad son aspectos prominentes de la personalidad que se manifiestan en una amplia gama de contextos sociales y personales importantes. Los rasgos de personalidad sólo constituyen un trastorno de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos y provocan malestar subjetivo o déficit funcional significativo.

Perversión; perversidad. Adjetivo que tiende a calificar el carácter y el comportamiento de ciertos sujetos y que indica una crueldad o malevolencia especiales. En psicoanálisis sólo se habla de perversión en conexión con el instinto sexual. De acuerdo con Freud la perversión "es una regresión a una fijación anterior de la libido". Actualmente se considera la perversión como la forma erótica del odio (Stoller, 1991). Se dice que hay perversión cuando el orgasmo se obtiene con otros objetos sexuales (paidofilia; homosexualidad); por medio de otras zonas corporales (coito anal); cuando el orgasmo se subordina imperiosamente a ciertas condiciones extrínsecas (fetichismo; transvestismo) que pueden proporcionar por sí mismas placer sexual.

Placebo. Fármaco o procedimiento que no tiene principio activo curativo en sí y que obra por sugestión. Efecto placebo. El efecto que ocurre sin base farmacológica real; de origen psicológico.

Plan de cuidados posteriores del paciente abusador/adicto. Se basa en la identificación de condiciones de riesgo de consumo, técnicas y estrategias; detección del deseo-necesidad imperiosa de consumo y conducta de búsqueda de la sustancia (*craving*) y estrategia de afrontamiento de problemas; uso de capacidades para re-aprender mecanismos de abordaje de conflictos y promoción del crecimiento y participación social con seguimiento a largo plazo; apoyo en grupos de ayuda mutua y psicoterapia psicodinámica reconstructiva y de mantenimiento de la abstinencia.

Potencial de dependencia. La propensión que presenta una sustancia como consecuencia de sus efectos farmacológicos sobre las funciones fisiológicas o psíquicas que dan por resultado un aumento a la dependencia de una sustancia.

Práctica sexual protegida. Aquella en la cual existe penetración, pero se utiliza correctamente una barrera mecánica, como el condón de látex (masculino) o de poliuretano (femenino), para evitar el intercambio de secreciones sexuales o de sangre.

Práctica sexual segura. Aquella en la cual no existe penetración ni traspaso de secreciones sexuales (semen, líquido preeyaculatorio y secreción vaginal) o de sangre.

Prácticas (sexuales) de alto riesgo. Actividades que aumentan las posibilidades de adquirir una enfermedad. En el caso de la infección por VIH/SIDA se incluyen las prácticas sexuales tales como el coito anal y vaginal sin condón con múltiples compañeros, el compartir agujas o jeringas para inyectarse drogas intravenosas y otras. Especialmente en aquellas en que existe penetración pene-ano, pene-vagina, pene-boca, boca-genitales externos, sin el uso correcto de una barrera mecánica, como el condón de látex (masculino) o de poliuretano (femenino), para evitar el intercambio de secreciones sexuales o

de sangre. Tales prácticas a menudo se encuentran en pacientes abusadores y adictos a psicotrópicos.

Precauciones estándar. A las técnicas para el manejo de pacientes por parte del personal de salud, que se fundamentan en el concepto de que todos deben ser considerados como potencialmente infectantes por el VIH u otros agentes infecciosos transmitidos por sangre y fluidos corporales.

Preedípico. Este adjetivo califica el periodo anterior a la instauración del complejo de Edipo, en el cual predomina, tanto en el varón como en la mujer, el lazo con la madre.

Pregenital; organización. Adjetivo que califica a las pulsiones, las organizaciones, las fijaciones etc. que se relacionan con el periodo psicosexual en el cuál no se ha establecido aún la primacía de la zona genital en el supuesto desarrollo de la libido. Se habla de neurosis pregenitales cuando predominan tales fijaciones; se ha llegado incluso a hacer uso sustantivo del adjetivo, para señalar un tipo definido de personalidad.

Prevalencia. En epidemiología, el número de casos habituales que existen de un problema determinado, sobre los cuales se suman los casos nuevos (incidencia).

Prevención. Al conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo no médico de sustancias psicotrópicas, disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al uso de estas sustancias.

Prevención de recaídas. Actividades cuyo objetivo primordial es enseñar a los pacientes técnicas para manejar situaciones de alto riesgo de recaídas y para incrementar la confianza en sí mismos (grado de autoeficacia).

Principio de placer. Uno de los dos principios que, según Freud, rigen el funcionamiento mental. Forma

pareja con el principio de realidad. El conjunto de la actividad psíquica tiene por finalidad evitar el displacer y procurar el placer. Dado que el displacer va ligado al aumento de las cantidades de excitación y el placer a la disminución de las mismas, este último representa un principio económico.

Principio de realidad. Uno de los dos principios que, según Freud, rigen el funcionamiento mental. Forma pareja con el principio del placer, al que modifica. En la medida en que logra imponerse como principio regulador, la búsqueda de la satisfacción ya no se efectúa por los caminos más cortos, sino mediante rodeos y aplaza su resultado en función de las condiciones impuestas por el mundo exterior.

Problemas legales. Tipo de problemática que a menudo tienen los consumidores de sustancias, la cual es proclive a tener mayor riesgo de caer en conductas de alto riesgo. Tales comportamientos pueden causar la detención y otros problemas jurídicos. Ejemplos de tales comportamientos son la conducción de vehículos automotores bajo estado de intoxicación, actos delictivos para obtener dinero o sustancias, fracaso en pagar sus cuentas, deudas de tarjeta de crédito, posesión o venta de drogas, desahucios y violencia relacionada con la obtención de sustancias, actividades no remunerativas e legales, etc.

Pródromo. Signo o síntoma premonitorio o anticipado de un trastorno.

Programa de Salud Mental. Serie organizada de servicios e intervenciones cuyo enfoque primario es el tratamiento de los trastornos mentales y el proporcionar estabilización de problemas agudos y la terapéutica relativa al manejo inmediato y a largo plazo de los casos.

Programa Integrado. Programa de tratamiento que combina activamente el manejo del abuso de sustancias con intervenciones de salud mental, para



tratar las alteraciones y problemas del paciente con más eficacia.

Programa profesional antiadictivo. Las actividades terapéuticas profesionales se caracterizan por las acciones y objetivos que realizan, las cuales difieren ampliamente de las no profesionales: Disminuir factores de riesgo de consumo e incrementar factores protectores; incorporar a la familia al tratamiento y al seguimiento posterior; favorecer proceso autogestivo a la comunidad, inicio expedito de rehabilitación; generar noción de una vida sana sin drogas, prevención de recaídas, promoción de crecimiento personal, investigación epidemiológica, clínica aplicada y socio médica; capacitación, actualización y supervisión profesional clínica y asesoría a instituciones de salud y otras; generar conciencia sobre efectos nocivos del consumo de psicotrópicos y disminuir impacto social asociado al consumo de alcohol y otras drogas. Además, las características de los programas profesionales reúnen por lo general: integración psicomédica y psiquiátrica en todas sus acciones, acorde a legislación de la salud; se basa en la historia natural de la enfermedad; prioriza la ubicación, orden de actuación y eficacia de sus procedimientos; utiliza en forma consecutiva los perfiles profesionales (equipo de salud) y el procedimiento inicia al ingreso del paciente; no actúa fuera del recinto; acciones evaluativo-correctivas que aplican una vez controlado el cuadro agudo; atiende a la vez sintomatología adictiva y comórbida; busca remitir las recaídas y dar mantenimiento a una abstinencia productiva y responsable. Los programas actúan a través de las siguientes acciones: farmacoterapia; psicoterapia individual y grupal; psicoterapia de grupos de familias orientación familiar; círculo de lectura dirigida; cine-debate terapéutico; actividades culturales, recreativas y deportivas dirigidas y *ad limitem*; Grupos de Ayuda Mutua.

Promoción de la salud. A las acciones que se realizan con el objeto de crear, conservar y mejorar las condi-

ciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

Promoción de la Salud Mental. Es una estrategia concreta, concebida como la suma de las acciones de los distintos sectores de la población, las autoridades sanitarias y los prestadores de servicios de salud encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud mental individual y colectiva.

Pronóstico. Juicio de un clínico acerca de un caso o estimación acerca de la respuesta que puede observarse de un trastorno o condición clínica, respecto de su tratamiento.

Propósitos de la acción psicoterapéutica individual. Ubicar la etapa individual de evolución psíquica para el cambio actitudinal-conductual; fomento del manejo antiadictivo (comorbilidad) evitando recaídas y generando la abstinencia; promover la motivación de cambio, suministro de información específica e impulso a la alianza terapéutica; eliminar la culpa, impulsar la responsabilidad y desmitifica creencias desadaptativas en torno a la conducta adictiva; educar y conducir al paciente a la preparación de la etapa de reestructuración de su proyecto de vida. El uso de entrevistas clínicas y aplicación de la batería psicológica tiene el propósito de establecer: el análisis de personalidad actual-premórbida y actuación durante el abuso-adicción; tipificación de la personalidad: diseño de plan terapéutico en abstinencia total, permanente y sin concesiones; generar la unión paciente-técnica-terapeuta que permita asumir la responsabilidad del cambio sin culpa y el mejor camino rehabilitatorio. El paciente no podrá volver a interactuar con psicotrópicos salvo prescripción por indicación en esquema terapéutico.

Proyección. Designa a la operación mental por medio de la cual el sujeto expulsa de sí y localiza en otra

persona o cosa, cualidades, sentimientos y deseos, incluso objetos que no reconoce y rechaza de sí mismo. Se trata de una defensa muy arcaica que se ve actuar particularmente en la paranoia.

Prueba de realidad. Proceso postulado por Freud que permite al Sujeto distinguir los estímulos procedentes del mundo exterior de los estímulos internos y evitar la posible confusión de lo que el sujeto percibe y lo que meramente se representa.

Pruebas de tamizaje. A las de laboratorio para la detección de anticuerpos anti-VIH, en plasma o suero sanguíneo. Incluyen metodologías como el ELISA (ensayo inmunoenzimático ligado a enzimas) y aglutinación.

Pruebas específicas. A las de laboratorio que determinan la presencia del virus o algún componente del mismo.

Pruebas suplementarias. A las de laboratorio, que confirman presencia de anticuerpos anti-VIH en suero sanguíneo. Incluyen metodología, como la inmunoelectrotransferencia (Western blot), inmunofluorescencia, radioinmuno-precipitación (RIPA).

Psicodislépticos. Nombre que reciben las sustancias estimulantes que producen una acción distorsionante de la fisiología normal del cerebro, que da por resultado un cuadro de inducción farmacológica semejante a la psicosis.

Psicofármaco(s). Sustancia(s), droga(s) o medicamento(s) que actúa(n) sobre la mente y obedece(n) a una prescripción, dada bajo indicación profesional y cuya utilidad sirve al propósito curativo y es por tanto, signada por el facultativo, bajo su responsabilidad y vigilancia, como los antidepresivos, tranquilizantes y otros. En tal sentido se usa en contraposición a psicotrópico.

Psicogénesis. Evolución o desarrollo de la mente. Causalidad de los fenómenos psicológicos y su consecuencia.

Psicopatología. Psicopatológico. Estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales.

Psicoplasticidad. Aptitud generalmente histérica para desarrollar síndromes patológicos.

Psicosis. Trastorno mental en el que la capacidad individual para pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicarse, interpretar la realidad y conducirse de manera adecuada se encuentra deteriorada. Suele cursar con delirios y alucinaciones.

Psicosis anfetamínica. Trastorno caracterizado por ideas delirantes de tipo paranoide, frecuentemente acompañadas por alucinaciones auditivas o táctiles, hiperactividad y labilidad en el talante, que se desarrolla durante o inmediatamente después del uso moderado o intenso de productos anfetamínicos (simpaticomiméticos). Típicamente la conducta exhibida es hostil e irracional y puede desencadenar violencia sin motivación aparente.

Psicoterapia. Refiere al tratamiento de los conflictos mentales por medio de la palabra y otros elementos psicológicos de ambos participantes (médico y paciente) y de ciertas técnicas destinadas ex profeso. Sus objetivos en general, se dirigen a remover atenuar o modificar los síntomas de un trastorno (primario o secundario) mental. Existen distintas variedades según sea su indicación y los recursos para ello (individual, de pareja, grupo o familiar) además de sus enfoques y conceptualización teórico-práctica. En sentido amplio, tratamiento de las enfermedades, especialmente de las nerviosas a través de la sugestión, persuasión, confrontación, interpretación y otros agentes psíquicos considerados inespecíficos. Las modalidades aludidas en el texto son individuales, de pareja, grupal y familiar.

Psicoterapia orientada hacia la introspección.

Actividades individuales o de grupo que consideran que los problemas de alcohol o de drogas son los síntomas de una psicopatología subyacente y que buscan resolver los conflictos a través del uso de interpretaciones y el desarrollo de la comprensión de sí mismo. A veces se le denomina terapia orientada hacia la introspección, para diferenciarla de la consejería (counselling), la cual se centra más en el presente y en la resolución de problemas.

Psicótico. Término que ha recibido históricamente numerosas definiciones diferentes, ninguna de las cuales ha conseguido ser aceptada universalmente. La definición más estricta de psicótico se limita a ideas delirantes o alucinaciones prominentes, en ausencia de conciencia acerca de su naturaleza patológica. Una definición algo menos restrictiva también incluiría alucinaciones significativas que el individuo acepta como experiencias alucinatorias. Todavía es más amplia una definición que incluya asimismo otros síntomas positivos de esquizofrenia (esto es, habla desorganizada, comportamiento intensamente desorganizado o cata-tónico). El término define conceptualmente la pérdida de los límites del yo o una importante alteración de la verificación de la realidad. Basándose en sus rasgos característicos, los distintos trastornos del DSM-IV-TR subrayan diferentes aspectos de las definiciones de psicótico.

Psicotomimético. Fármaco estimulante. Analéptico. Inductor de estimulación psíquica.

Psicotrópico (droga, droga psicoactiva, psicodroga).

Sustancia que altera el proceso y curso normal de las funciones mentales (pensamiento, juicio, razonamiento, memoria, orientación, etc.). Aunque todas las sustancias que actúan sobre la mente, genéricamente significan lo mismo: psicofármaco, psicoactivo y psicotrópico, se usa este último adjetivo calificativo para diferenciar el uso de las sustancias con

acción sobre la mente que se utilizan sin propósito médico (automedicación), de las que drogas curativas, medicamentos o psicofármacos, cuya prescripción obedece a una indicación de salud y es dada por el facultativo bajo su responsabilidad y vigilancia como los antidepresivos, tranquilizantes y otros.

Psíquico (a). Vida mental, incluyendo ahí la consciente e inconsciente. Psiquismo. Este término se utiliza, por lo general, para referirse a las funciones mentales de una persona: pensamiento, juicio, razonamiento, etc.

Pulsión. Concepto límite entre lo psíquico y lo somático, designa un proceso dinámico que tiene su fuente en una excitación corporal localizada. La pulsión moviliza el aparato psíquico, al igual que la motricidad, de modo que ponga en acción una conducta que concluya por descargar la tensión existente en el nivel somático. Esta descarga constituye el "fin" de la pulsión, que se logra con la ayuda de un "objeto".

Pulsión sexual. Algunos de sus caracteres la diferencian del instinto: a) Su objeto no está predeterminado biológicamente; b) Sus modalidades de satisfacción (fines) son variables, más especialmente ligadas al funcionamiento de determinadas zonas corporales (erógenas); c) Son susceptibles de acompañar a las más variadas actividades en las que se apoyan. Tal diversidad de fuentes implica que la pulsión se haya fraccionada en pulsiones parciales que se satisfacen localmente (placer de órgano).

Pulsiones de vida. Término que alude a las pulsiones sexuales y a las de autoconservación. Pulsiones de Muerte. Las que se contraponen a las de vida y que tienden a la reducción completa de las tensiones, es decir, devolver al ser vivo al estado inorgánico. Primeramente tienden a la autodestrucción y posteriormente se dirigen al exterior manifestándose como pulsión agresiva o destructiva.

Rabdomiólisis. Lesión muscular destructiva causada por la acción directa de las toxinas o fármacos responsables de la intoxicación, a menudo desencadenada por cocaína, estimulantes y simpaticomiméticos de acción similar.

Rash. Alteración (dermatológica) cutánea consistente en la aparición de una mácula rosácea irregular que forman pequeñas lesiones elevadas, puntiformes y pruriginosas o no, que desaparecen momentáneamente a la presión de la piel.

Reacción adversa a drogas. En el campo farmacológico y médico general se usa para denotar una reacción física y menos frecuente de índole psicológica a un agente terapéutico, misma que puede predecirse como alérgica o idiosincrásica. Mal viaje.

Reacción al alcohol (Flushing) Síndrome caracterizado por el enrojecimiento de cara, cuello y hombros tras la ingestión del etanol en reacción a él.

Reacción de Antabuse. La reacción de una sustancia por efecto de su combinación con el etanol. (*flushing*, a nivel dérmico de otras reacciones vasculares a nivel sistémico) Efecto Disulfiram.

Reacción Idiosincrásica. Respuesta personalizada a cualquier sustancia, impredecible y sin relación con la droga, caracterizada por sedación o euforia, reacciones vasculares, espasmo carpo pedal, apnea y otros.

Recaída. El reingreso al consumo de una(s) sustancia(s), después de haber disminuido o limitado su uso; ello a menudo suele reinstalar los síntomas de la dependencia. Como tal representa el episodio interactivo que caracteriza la evolución clínica de los casos de pacientes abusadores y adictos a psicotrópicos y otras sustancias. Se considera una dificultad para cambiar o mantener el proceso de cambio esperado.

Recomendaciones acerca del manejo de la dependencia (adicción) a psicotrópicos. En muchos casos el paciente adicto requiere de la participación del paciente en un programa profesional. Habitualmente éstos intentan desarrollar las siguientes metas: terapéutica residencial oportuna y de calidad; diagnóstico integral (biopsicosocial); abstinencia total y permanente y tratamiento personalizado (CIE-10; DSM-IV-TR); conciencia de enfermedad y capacidad para autogestión; fomento-mantenimiento de la abstinencia; acceso permanente a información científica sobre el problema y actividades informativas para la educación del abusador/adicto y su familia; acciones preventivo-rehabilitatorias a la comunidad; mantener el propósito de continuar tratamiento a largo plazo.

Recuperación. Al estado de abstinencia que conlleva un mejoramiento en todas las áreas de la vida del sujeto.

Reducción del daño. Estrategia con la que se considera que a través de información a las y los usuarios sobre el VIH/SIDA, instrucción sobre limpieza adecuada de jeringas, del uso de agujas y jeringas estériles, dotación de condones, cloro, gasa y otros, además de asesoría médica, realización de prueba de detección del VIH, trabajo comunitario de acercamiento a las y los usuarios de drogas inyectadas, formación de grupos interdisciplinarios y consejería sobre uso de drogas, es la manera más segura y efectiva de limitar la transmisión de VIH por los consumidores de drogas inyectadas.

Reducción de la demanda. Término usado en las políticas y programas dirigidos a reducir la solicitud o petición de las personas de psicotrópicos u otras sustancias. Se aplica primariamente a las drogas ilegales, en particular para referirse en particular a las estrategias educacionales terapéuticas y rehabilitatorias como contraparte de aquellas de tipo legal y de persecución de la producción y distribución social de drogas (disponibilidad).

Referencia-contrarreferencia. Al procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

Reflejos Osteotendinosos. Reacción involuntaria del tendón muscular esquelético a la estimulación profunda.

Reforzador. Es cualquier estímulo situacional cuya presencia provoca el incremento o decremento de la frecuencia con que se manifiestan ciertas conductas.

Reforzamiento comunitario. Un enfoque de gran amplitud que pretende cambiar el entorno del consumo de alcohol o del uso de drogas de un individuo proporcionándole a éste intervenciones como las farmacoterapias, ayuda para encontrar empleo, orientación en materia de relaciones y esparcimiento, etc.

Rehabilitación del adicto. Al proceso por el cual un individuo con un trastorno de uso de sustancias psicoactivas o psicotrópicas alcanza un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social.

Rehabilitación Integral. Es el conjunto de acciones y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de un individuo, que le permita superar o disminuir desventajas adquiridas a causa de su enfermedad en los principales aspectos de su vida diaria; tiene el objetivo de promover en el paciente, el reaprendizaje de sus habilidades para la vida cotidiana cuando las ha perdido, y la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, así como la participación en actividades productivas y en la vida socio-cultural.

Rehabilitación. Actividad médica destinada a limitar la incapacidad existente en un organismo, producida por la enfermedad. Se considera parte del tratamiento de cualquier afectación psicorgánica. En adicciones se usa como parte de la estrategia curativa después de haberse controlado la etapa inicial o aguda del cuadro y haberse modificado la voluntad del paciente (abusador o adicto) para aceptar su enfermedad y trabajar por la recuperación psicosocial de su persona, habitualmente afectada por la enfermedad a partir de su carácter crónico y reiterativo. De acuerdo con ciertos criterios terapéuticos se espera que ocurra por lo menos a lo largo de los 5 primeros años de tratamiento, dado que el padecimiento puede afectar muchos años de la vida del paciente.

Reinserción social. Al conjunto de acciones dirigidas a promover un estilo de vida mejor al de quien usa, abusa o depende de sustancias psicotrópicas, y a lograr un mejor funcionamiento interpersonal y social.

Relación Objetal. Término psicoanalítico contemporáneo, que designa el modo de relación del Sujeto con su mundo, misma que es resultado complejo y total de una determinada organización de la personalidad, de una aprensión más o menos imaginaria de los Objetos y de los tipos de defensa predominantemente usados. La relación Sujeto-Objeto trata el vínculo establecido entre la persona que elige y la elegida. Por Sujeto se define el elector emocional de un Objeto. Este último corresponde a la representación inconsciente de las expectativas amorosas y filiales del sujeto pero es Sujeto a su vez, lo que permite que la relación resulte, simultáneamente, dual, complementaria y bilateral.

Remisión. Estado en el cual un trastorno mental o físico ha sido vencido o detenido un proceso de enfermedad.

Represión. Operación mental por medio de la cual un sujeto intenta rechazar o mantener inconsciente, representaciones, pensamientos, imágenes o recuerdos ligados a una pulsión. La represión se produce en aquellos casos en que la satisfacción de la pulsión que fuera susceptible de provocar por sí misma placer como el sexo, ofreciera el peligro de provocar displacer en virtud de otras exigencias.

Resbalón. En el argot, se considera el episodio de consumo inicial, breve y/o de poca repercusión clínica, tras de un periodo de sobriedad.

Resistencia. Designa todas las fuerzas que se oponen al tratamiento terapéutico. Freud habla asimismo de la resistencia al psicoanálisis en un sentido mucho más amplio: como molestia psicológica, el psicoanálisis suscita infaltablemente “resistencias”.

Resumen clínico. Al documento elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete.

Retención de tratamiento. Guarda a los pacientes implicados en actividades terapéuticas a efecto de recibir los beneficios de los servicios requeridos.

Retrospectiva. Recurrencia de un recuerdo, sentimiento o experiencia perceptiva del pasado.

Sadismo. Perversión Sexual. Parafilia en la cual el placer va ligado al sufrimiento o a la humillación infligidos sobre el otro.

Seguimiento (post-tratamiento). Recursos o servicios que se ofrecen a los pacientes que necesitan apoyo continuo y otros servicios después de su tratamiento.

Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Nombre genérico que reciben los ansiolíticos y sustancias afines (benzodiazepinas, zolpidem y el zaleplon, carbamatos -glutetimida, meprobamato-, barbitúricos -secobarbital- e hipnóticos afines a los barbitúricos -glutetimida, metacualona- y anticonvulsivantes).

Seropositividad. Alude a la prueba inmunológica que sale positiva en el suero sanguíneo (VIH positividad).

Serotonina. Neurotransmisor relacionado a los estados de conciencia, ánimo, depresión y ansiedad.

Sexo. Status biológico de una persona en cuanto varón, hembra o incierto. En función de las circunstancias, esta determinación puede basarse en la apariencia de los genitales externos o del cariotipo.

Sexualidad. Campo de las pulsiones, deseos, actividades (y sus trasposiciones por transferencia, sublimación, etc.) relativos a la vida sexual.

Signo. Manifestación objetiva de un estado patológico. Los signos son observados por el clínico más que descritos por el individuo afectado (un soplo cardíaco, anomalías de la presión arterial, alteraciones del pulso, etc.) caracterizada por un hallazgo clínico observable y mensurable.

Signo de Romberg (positivo). Evidencia neurológica que se muestra ante la ataxia e incoordinación del individuo para la bipedestación estable. Se explora con los pies juntos y brazos extendidos al frente y cabeza echada hacia atrás al mostrarse el balanceo.

Simbiosis. Término controversial ampliamente usado; a diferencia del campo de la biología donde se utiliza para describir la participación de dos organismos que sacan provecho de una vida en común, en psicología se refiere a menudo a aquella condición enfermiza de relaciones de dependencia emocional de uno al otro de los miembros de una pareja.

Simpaticomiméticos. Fármacos agonistas; tienen efectos semejantes a los causados por el sistema simpático. Sinónimo de estimulante.

Síndrome. Estado patológico producido por una o varias causas a la vez que se manifiestan en un conjunto de signos y síntomas más o menos típicos, que puede caracterizar a su vez, un estado mórbido particular, tales como el síndrome de Intoxicación por psicotrópicos (sedantes, estimulantes o psicodislépticos), el síndrome de Abstinencia, etc.

Síndrome alcoholofetal (alcohólico fetal). Nombre que designa a la afectación directa producida por el consumo abundante de alcohol durante el embarazo, sobre el crecimiento y desarrollo ponderal del recién nacido que se evidencia generalmente en talla pequeña, peso menor al esperado en promedio y retardo mental persistente, y demás alteraciones físicas que pueden incluir malformaciones congénitas de corazón, grandes vasos, extremidades o paladar, entre otras.

Síndrome amnésico (inducido por drogas). Es el daño crónico y a menudo de gran magnitud ocurrido sobre la memoria reciente o remota, producido por el uso de psicotrópicos y/o alcohol.

Síndrome amotivacional. Alude a la constelación de hallazgos clínicos asociados al uso de sustancias, tales como apatía, pérdida de la efectividad, disminución de la capacidad de realizar planes a largo plazo, poca tolerancia a la frustración, alteración de la capacidad de concentración y dificultad para continuar rutinas elementales o simples. Se asocia al consumo prolongado de marihuana y otros psicotrópicos, pero está íntimamente vinculada a la personalidad premórbida del paciente.

Síndrome cerebral alcohólico. Denominación inespecífica que refiere a distintas condiciones tales como intoxicación aguda, intoxicación patológica,

Síndrome de abstinencia, Delirium Tremens, alucinaciones, Síndrome amnésico, demencia y trastorno psicótico.

Síndrome de abstinencia (de supresión del consumo, discontinuación). Conjunto de trastornos físicos y psicológicos que presenta el individuo que ha desarrollado dependencia de un psicotrópico cuando suspende su consumo bruscamente o cuando lo disminuye en forma significativa.

Síndrome de Adicción al Alcohol (alcoholismo). Síndrome descrito por Edwards y col. (1975) cuando se presentan: Sensación de bienestar que impulsa a consumo de bebidas. Presentación de un "patrón" estereotipado de bebidas. Primacía por beber por sobre cualquier otra actividad. Tolerancia fisiológica a las bebidas. Síntomas de abstinencia repetidos. Reincidencia a beber nuevamente. Reinstalación del síndrome después de beber uno días.

Síndrome amnésico (inducido por drogas). Es el daño crónico y a menudo de gran magnitud ocurrido sobre la memoria reciente o remota, producido por el uso de psicotrópicos y/o alcohol.

Síndrome de Dependencia. Complejo fenómeno conductual, cognitivo y fisiológico que se desarrolla después del repetido uso de una(s) sustancia(s) y puede ser específico de un tipo de sustancia (tabaco) o bien de una clase de ellas (opiáceos). Sinónimo de adicción. Conjunto de signos y síntomas de orden cognoscitivo, conductual y fisiológico, que evidencian la pérdida de control de la persona sobre el consumo habitual de las sustancias psicotrópicas.

Síndromes Adictivos. Todas aquellas condiciones psicopatológicas relacionadas con el uso, abuso, mal uso y adicción de psicotrópicos y otras sustancias. Aunque en estricto sentido tal denominación se refiere a la adicción propiamente tal, a ésta patología a menudo anteceden, acompañan o derivan otras

variadas condiciones clínicas agudas denominadas: Síndromes de Intoxicación y Abstinencia, que son el objeto de estudio de la presente obra.

Síndrome cerebral alcohólico. Denominación inespecífica que refiere a distintas condiciones tales como intoxicación aguda, intoxicación patológica, Síndrome de abstinencia, Delirium Tremens, alucinaciones, Síndrome amnésico, demencia y trastorno psicótico.

Sinergia. Se refiere al efecto que dos o más fármacos tienen sobre el organismo, que resulta más grande que el efecto que tuvieran sumados o cada uno separado.

Sinestesia. Estado en el que una experiencia sensorial estimula otra modalidad de experiencia sensorial (un sonido produce la sensación de un color particular).

Síntoma. Manifestación subjetiva de enfermedad experimentada en un individuo; estado patológico en el que los síntomas son descritos por el individuo afecto más que observados por el examinador (dolor, náusea, angustia, etc.).

Síntoma de conversión. Pérdida o alteración del funcionamiento sensorial o motor voluntario que sugiere una enfermedad médica o neurológica. Se supone que ciertos factores psicológicos están asociados al desarrollo del síntoma, de modo que el síntoma no se explica por completo por una enfermedad médica o neurológica ni por los efectos directos de una sustancia. El síntoma no está producido intencionadamente ni es fingido, y no está sancionado culturalmente.

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo. Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido es plenamente coherente con los temas típicos de un estado de ánimo deprimido o maníaco. Si el ánimo es deprimido, el contenido de las ideas deli-

rantes o las alucinaciones consistirá en temas de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. El contenido del delirio puede incluir temas de persecución si parten de conceptos autodespectivos como un castigo merecido. Si el ánimo es maníaco, el contenido de los delirios o alucinaciones incluirá temas sobre valor, poder, conocimientos o identidad exagerados o sobre una relación e con una deidad o persona famosa. El contenido del delirio puede incluir temas de persecución si se basan en conceptos como un valor exagerado o un castigo merecido.

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo. Ideas delirantes o alucinaciones cuyo contenido no es coherente con los temas típicos de un ánimo depresivo o maníaco. En el caso de la depresión los delirios o las alucinaciones no implicarán temas de inadecuación personal, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo merecido. En el caso de la manía, los delirios o las alucinaciones no entrañarán temas de valor, poder, conocimientos o identidad exagerados o de relaciones interpersonales con una deidad o un personaje famoso. Son ejemplos de síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo los delirios de persecución (sin contenido autodespectivo o de grandeza), la inserción del pensamiento, la difusión del pensamiento y las ideas delirantes de ser controlado, cuyo contenido no guarda relación aparente con ninguno de los temas anteriormente enumerados.

Sistema Nervioso Autónomo. Porción del sistema nervioso que inerva los músculos estriados del corazón, músculos lisos y glándulas del organismo. Se divide en sistema simpático (toracolumbar) y parasimpático (craneosacro).

Sistema Nervioso Central, SNC. Nombre que recibe el conjunto de órganos (cerebro, cerebelo, bulbo raquídeo y médula espinal) con relación funcional entre sí.

Stat. Abreviatura que significa en el acto. En el mismo momento en que se indica.

Stress. En psicoanálisis refiere a fuerte reacción emocional como consecuencia de un trauma afectivo.

Subjetivo; subjetivismo. Relativo al sujeto. Perteneciente a nuestro modo de pensar o sentir y no al objeto en referencia. Distorsión subjetiva, se usa para denotar oposición contra el mundo externo; contrario a objetivo, objetivismo.

Suicidalidad; Índice de suicidio. Medida o estimación de la probabilidad que presenta una persona de suicidarse. Comportamiento de riesgo elevado que se asocia a los trastornos por sustancias, ya inducidos (intoxicación, abstinencia, delirium, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño inducidos por sustancias) o derivados de su consumo (dependencia y abuso) u otros trastornos comórbidos como los depresivos, ansiosos, psicóticos y otros.

Superyo. Una de las tres (Ello, Superyo y Yo) instancias distinguidas por Freud en su segunda teoría del aparato psíquico. Su función es comparable a la de un juez o censor con respecto al Yo. Freud considera sus funciones la conciencia moral, la autoobservación y la formación de ideales.

Sustancia psicoactiva, psicotrópica o droga. A la sustancia que altera algunas funciones mentales y a veces físicas, que al ser consumida reiteradamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción. Estos productos incluyen las sustancias, estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud, aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y las bebidas alcohólicas. Psicotrópico (droga), fármaco o medicamento que actúa a nivel cerebral con acción sobre la función mental.

Sustancias sinérgicas. Aquellas que producen sumación en sus efectos farmacológicos.

Sustancias volátiles (disolventes, disolventes volátiles –disolventes volátiles–). Son aquellas que tienen la propiedad de evaporarse a temperatura ambiente y suelen inhalarse buscando producir un efecto psicotrópico.

Tabaco. Producto derivado de la planta "Nicotina Tabacum" y sus sucedáneos, en su forma natural o modificada, en las diferentes presentaciones, que se utilizan para fumar, masticar o aspirar y cuya sustancia activa es la nicotina.

Tabaquismo. A la dependencia o adicción al tabaco.

Talante. Estado de ánimo.

Taninos. Nombre de las tinturas naturales incluidas en el café y otros productos de origen vegetal.

Taquicardia. Aceleración de la actividad del corazón.

Taquifilaxis (a). Producción rápida del fenómeno de tolerancia por medio de la administración repetida de dosis de una sustancia (opiáceos).

Taquisfigmia. Pulso rápido.

TDA/H. Siglas que refieren al trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

Telangiectasias. Alude a las "arañas vasculares" (formaciones venosas irregulares) que se observan en el abdomen de los pacientes alcohólicos crónicos que han desarrollado lesiones hepáticas que llevan a la producción de hipertensión portal y consecuentemente a la formación de red venosa colateral.

Terapia antiretroviral. Tratamiento que reciben los

pacientes infectados por el virus de la Inmunodeficiencia Humana, VIH/SIDA.

Terapia aversiva. Terapia diseñada para condicionar al sujeto a evitar el alcohol al combinar las imágenes o el consumo de éste con experiencias desagradables como los electrochoques, las náuseas, el vómito o consecuencias nefastas imaginadas.

Terapia cognitiva. Terapia destinada a la identificación y modificación de pensamientos y creencias desadaptados que contribuyen al problema del uso de sustancias.

Terapia Cognitivo-Conductual. Enfoque terapéutico que procura modificar pensamientos negativos o contraproducentes y su comportamiento consecutivo. Está dirigido al pensamiento como el centro para producir el cambio de conductas. Es decir se espera que la adaptación haga al individuo pensar distinto y pensando distinto es esperable que su actuación sea diferente.

Terapia con fármacos antidipsoptrópicos. El uso de drogas como el disulfiram (Antabuse) o carbimida cálcica (Temposil) para producir una reacción de aversión al consumir alcohol.

Terapia de deshabitación. Uso de drogas con el propósito de disminuir el deseo de beber alcohol.

Terapia de grupo. Psicoterapia que se ofrece a un grupo de personas. Puede incluir la psicoterapia grupal ortodoxa u otros tipos de grupos como los de apoyo y los de orientación.

Terapia de mantenimiento. Tratamiento de la adicción a una droga por prescripción de un sustituto, que tiene la propiedad de exhibir dependencia cruzada y tolerancia cruzada, como en el caso de la metadona en el tratamiento de la dependencia a heroína.

Terapia familiar y conyugal. Proceso terapéutico en el que participan el cónyuge, miembros de la familia y toda otra persona clave con el fin de mejorar la comunicación, la resolución de problemas y otros aspectos de la vida familiar. El método permite modificar los hábitos de consumo de alcohol y psicotrópicos del paciente, siempre apoyando a la familia.

Tic. Movimiento motor o vocalización involuntarios, súbitos, rápidos, recurrentes, no rítmicos y estereotipados.

Tolerancia. Decremento de la respuesta a una droga que ocurre como consecuencia de la adaptación de un organismo a los efectos de ésta por su administración continuada, con el propósito de alcanzar el efecto anteriormente logrado. Ambos factores fisiológicos y psicosociales contribuyen a su desarrollo, mismos que pueden ser físicos, psíquicos y conductuales. Se define también como un decremento de la sensibilidad del SNC a la sustancia. Es uno de los criterios para el establecimiento del síndrome de dependencia (adicción).

Tolerancia cruzada. Cuando se desarrolla tolerancia a una sustancia a la que el individuo no ha sido previamente expuesto, como resultado de la ingestión aguda o crónica de otra sustancia.

Tóxico. Veneno. En toxicología refiere al uso nocivo o abuso de sustancias dañinas utilizadas para producir sensaciones agradables o disminuir el dolor como la morfina y otros. Efectos transitorios o permanentes perjudiciales a la función de un órgano o grupo de órganos en el cuerpo cuando se usan las drogas.

Toxina. Veneno producido por distintos microorganismos.

Toxicidad. En adicciones, alude generalmente a la naturaleza venenosa de alguna sustancia; calidad venenosa.

Transexualismo. Importante disforia por la identidad sexual asociada a un deseo persistente de hacerse con las características físicas y los papeles sociales que connotan el otro sexo biológico.

Transferencia. Proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos Objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de modo especial en la relación psicoanalítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles vivida en un marcado sentimiento de actualidad.

Trastornos afectivos (del humor). Se incluyen en ellos los trastornos depresivos ("depresión unipolar"), los trastornos bipolares, y los trastornos basados en el humor derivados de una condición médica general y el trastorno del humor inducido por consumo de sustancias

Trastorno afectivo residual (relacionado con el consumo de alcohol o drogas) Algunos cambios en el afecto que persisten más allá del periodo que normalmente afectan de modo directo; se dice que son residuales como los cuadros psicóticos y otras reacciones a las drogas.

Trastornos de la personalidad. Patrones de comportamiento rígidos, inflexibles y mal adaptativos de severidad suficiente como para causar ansiedad interna o daño significativo del funcionamiento normal. Son estructurantes del estilo personal de la conducta y no son meras reacciones circunstancias externas que impactan transitoriamente la vida emocional de las personas. Se tipifican 3 grupos basados en la similitud de sus características. El grupo A incluye: los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer raros o excéntricos. El grupo B, los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer dramáticos, emotivos o inestables. El grupo C, los trastornos por evitación, por dependen-

cia y obsesivo-compulsivo de la personalidad. Los sujetos con estos trastornos suelen parecer ansiosos o temerosos. Las principales características aplicables a los pacientes abusadores/adictos son: El trastorno paranoide provoca desconfianza y suspicacia que hace interpretar maliciosamente las intenciones de los demás. El esquizoide cancela las relaciones sociales y restringe su expresión emocional. El esquizotípico prohíja intenso malestar en la relación interpersonal, distorsiones cognoscitivas o perceptivas en el marco de sus conductas excéntricas. El anti-social desprecia y viola los derechos ajenos sin vacilación alguna. El limítrofe con notable impulsividad hace inestable las relaciones, autoimagen y afectos. El histriónico por su excesiva emotividad y demanda de atención los hace adictos difíciles de lidiar. El narcisista con patrón hipervalorado y grandioso demanda admiración mientras paradójicamente exhibe su falta de empatía. El de evitación cursa con inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa por leve que sea. El de dependencia, adicto por excelencia, inmerso en su sempiterna sumisión y pegajosidad, vinculadas a su excesiva necesidad de ser cuidado. El obsesivo-compulsivo es perfeccionista y de prioridad preocupación por el orden y el control.

Trastornos comórbidos. Término empleado para describir la co-ocurrencia de un trastorno por abuso o dependencia y otro trastorno mental. Los pacientes con trastornos comórbidos tienen uno o más trastornos mentales, lo mismo que uno o más trastornos por consumo de sustancias. Trastorno dual.

Trastornos o problemas relacionados con el uso y abuso de sustancias psicotrópicas. A los efectos negativos, físicos, psicológicos y sociales estrechamente asociados al consumo agudo o crónico.

Trastorno por ansiedad. Enfermedad cuyos principales hallazgos son la ansiedad y la preocupación. Los individuos afectados encuentran difícil lidiar con

sus propias preocupaciones, que incluyen una lista de síntomas como la fatigabilidad constante, falta de descanso, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del dormir, entre otros muchos síntomas y signos de trastorno.

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad TDA/H. Trastorno caracterizado por un modelo persistente de falta de atención y/o irreflexión, además de hiperactividad, que a menudo es más serio que el típicamente observado en individuos de un nivel comparable de desarrollo.

Trastornos o problemas relacionados con el uso y abuso de sustancias psicoactivas. A los efectos negativos, físicos, psicológicos y sociales estrechamente asociados al consumo agudo o crónico.

Tratamiento. Al conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia y, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicotrópicas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicotrópicas, como de su familia.

Tratamiento ambulatorio. Tratamiento que se administra a pacientes no internados, por lo general, en sesiones programadas con regularidad (1-2h. a la semana).

Tratamiento breve. Terapia motivacional corta que se centra en personas con problemas leves o moderados y puede constar de hasta 8 sesiones de tratamiento conductual.

Tratamiento concomitante. El manejo que reciben dos o más alteraciones en un mismo individuo.

Tratamiento continuo. Continuación del cuidado o

manejo que apoya el progreso de un paciente. Su objetivo es supervisar su condición para evitar la recaída en el consumo o en un trastorno mental. Significa a la vez proceso de la escucha en el post-tratamiento, como una forma de tratamiento sí mismo. A veces es referido como asistencia post-operatoria.

Tratamiento culturalmente competente. Manejo Biopsicosocial u otro tratamiento que es adaptado para satisfacer las creencias culturales especiales, prácticas, y necesidades de un paciente.

Tratamiento de día y de noche. Tratamiento estructurado e intensivo ofrecido en entorno no residencial, generalmente 5 días a la semana (3 a 4 h./día). También se puede administrar en un entorno institucional (centro correccional, etc.).

Tratamiento en entorno residencial (corto plazo). Tratamiento cuya duración es, por lo general, inferior a 40 días y se administra de manera intensiva y estructurada estando el paciente.

Tratamiento en entorno residencial (largo plazo). Servicios de tratamiento o de readaptación que generalmente se ofrecen por un período de más de 40 días. Estos servicios se pueden proporcionar en centros de rehabilitación para dependientes, centros de transición en sus diversas modalidades y en las comunidades terapéuticas.

Tratamiento de mantenimiento con metadona. El uso de metadona, siguiendo un régimen prescrito y regular, como sustituto de los opiáceos con el fin de estabilizar el estado del paciente a la vez que intenta modificar su modo de vida y su conducta interpersonal. La dosis promedio oscila entre 30mg. y 100mg./día.

Tratamiento integrado. Cualquier mecanismo que combine intervenciones terapéuticas para los

trastornos comórbidos, en el contexto de un manejo primario o ajuste de tratamiento. Se considera decisiva la necesidad de un modelo de abordaje terapéutico unificado en los trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium, demencia persistente, trastorno amnésico, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño inducidos por sustancias) o los derivados del consumo de psicotrópicos (dependencia y abuso), salud mental y ciertas otras necesidades especiales de los pacientes.

Trastorno por estrés postraumático. Enfermedad cuyo rasgo esencial es el desarrollo de síntomas característicos tras la exposición a estímulos estresantes traumáticos extremos, que implica la experiencia personal directa de un acontecimiento que causa heridas de muerte o sería amenaza actual u otra amenaza para la integridad física de alguien; haber atestiguado un acontecimiento que implica muerte, herida, o amenaza para la integridad física de otra persona; o haber experimentado muerte inesperada o violenta, daño serio, o impactos nocivos a alguna personas cercana o familiar.

Trauma. Daño mental o físico violento que le ocurre a una persona, daño a un órgano, etc.

Tremor. Temblor, movimiento involuntario y rítmico en los músculos, es a menudo más a menudo en las manos, pies, mandíbula, lengua, o cabeza. Los temblores pueden ser causados por el efecto de estimulantes (anfetaminas, metanfertilaminas, cafeína, etc.), o bien por la discontinuación del consumo de sedantes, hipnóticos y ansiolíticos u otras psicotrópicos (alcohol, barbitúricos, opiáceos, etc.).

Unidades que prestan servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Los establecimientos de salud que disponen de camas, y cuya función esencial es la atención inte-

gral de usuarios que padezcan de un trastorno mental.

Urgencia. A todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata.

Uso múltiple de drogas. El uso de más de una droga o tipos de drogas por un individuo, a efecto de potencializar o contrarrestar los efectos de alguna de ellas. En la adicción de sustancias psicotrópicas es frecuente ver que el consumo se dirija a varias sustancias a la vez. Refiere al consumo múltiple de los poliusuarios.

Uso "recreacional". Consumo de sustancias usualmente referido a las de tipo ilegal bajo circunstancias sociales, a efecto de producir relajación; no necesariamente debe considerarse tal uso como sinónimo de abuso o adicción de psicotrópicos aunque en muchos casos ha sido el inicio de ello. En tal sentido se compara al consumo social de alcohol.

Usuario. A toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de cualquier tipo de servicio relacionado con el uso, abuso o dependencia de sustancias psicotrópicas.

VIH (seropositividad). Positividad inmunológica hacia el virus de la inmunodeficiencia humana captada en el suero sanguíneo a través de pruebas de laboratorio.

Violencia doméstica. Uso de fuerza emocional, psicológica, sexual, o física por un miembro de familia o compañero íntimo, para controlar el otro. Los actos incluyen la intimidación verbal, emocional, y física; destrucción de las posesiones de la víctima; mutilar o la matar animales domésticos; amenazas; sexo forzado; y dando palmadas, perforando, pateando, ahogando, quemando, apuñalando, dando un tiro y

matando a la(s) víctima(s). Los cónyuges, los padres, los padrastros, los niños, los hermanos, los parientes mayores, y los compañeros íntimos pueden ser objeto de ello.

Virulencia. Propiedad de un agente patógeno infectante, capaz de provocar un cuadro morboso en un huésped determinado.

Vis. Fuerza o energía. Se dice a frente a la fuerza que atrae o que impele si actúa por delante; y a tergo si actúa por detrás.

Yo. Una de las tres (Ello, Superyo y Yo) instancias distinguidas por Freud en su segunda teoría del aparato psíquico. Desde el punto de vista tópico, el Yo se encuentra en una relación de dependencia, tanto respecto a las reivindicaciones del Ello como a los imperativos del Superyo como a las exigencias de la realidad. Aunque se presenta como mediador, en-

cargado de los intereses de la totalidad de la persona, su autonomía es relativa. Desde el punto de vista psicodinámico, el Yo representa eminentemente, en el conflicto neurótico, el polo defensivo de la personalidad; pone marcha una serie de mecanismos de defensa, motivados por la percepción de un afecto displacentero (señal de angustia). Desde el punto de vista económico, el Yo parece un factor de ligazón de los procesos psíquicos; en las operaciones defensivas, las tentativas de ligar energía pulsional se contaminan de los caracteres que definen el proceso primario (Principio de placer) y adquieren matiz compulsivo, repetitivo, "arreal".

Zona erógena. Toda región del revestimiento cutáneo mucoso susceptible de ser asiento de una excitación de tipo sexual. De modo más específico, se refiere a ciertas regiones que son funcionalmente, asentamiento de excitaciones tales como la zona oral, anal, uretrogenital y pezón, entre otras.

VIII BIBLIOGRAFÍA

1. ACTA. Guía comparativa de la clasificación de los trastornos mentales CIE-10/DSM-IV. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. Fondo para la Salud Mental. Buenos Aires, 1995.
2. ALC. Dimensiones de género sobre e 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].
3. AMERICAN SOCIETY OF ADDICTION MEDICINE. Public policy statement on screening for addiction in primary care settings. ASAM News. 1997; 17: 17-18.
4. AMERICAN SOCIETY OF ADICTION MEDICINE. Patient placement criteria for the treatment of substance abuse-related disorders (Chevy Chase, Maryland, 1996).
5. AMP. Asociación Mundial de Psiquiatría. Médicos, Pacientes, Sociedad. Derechos Humanos y Responsabilidad Profesional de los Médicos. Buenos Aires, 1998.
6. APA. American Psychiatric Association. Diagnostical and Statical Manual of Mental Disorders DSM-IV, 4ª. Ed. Washington, 1995.
7. APA. American Psychoatric Association. Work Group on Substance Use Disorders. Practice guidelines for the treatment with substance use disorders: Alcohol, cocaine, opioids. Am. J. Psychiat. 1995; 152 (suppl) 2-59:3-5.
8. ARVEY R. Treatment of addiction. I Drugs. 2002; 5 (7): 645-648.
9. ASHERY RS. Progress and issues in Case Management. NIDA Research Monograph No. 127 (Rockville, Maryland. NIDA, 1992.
10. ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA. Guías Clínicas para el Tratamiento de los Trastornos Psiquiátricos: Compendio 2003. Barcelona: Ars Médica, 2003.
11. CARROLL K. Integrating psychotherapy and pharmacotherapy in substance abuse treatment. En F. ROTGERS; D. KELLER Y J. MORGENSTERN: Treating substance abuse: theory and technique. N. Y.: Guilford Press, 1996.
12. CARROLL KM. Las terapias conductuales basadas en la ciencia para la dependencia de drogas. Psiquiatría y Salud Integral 2002; Enero-Febrero: 46-53.

13. CENTERS FOR DISEASE CONTROL. 1997 Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases. MMWR 1997; 47 (No. RR). Community Mobilization and AIDS: UNAIDS. Technical Update Geneva, Switzerland. April, 1997.
14. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A. C. Análisis comparativo de características sociodemográficas y del consumo de drogas entre pacientes de los géneros femenino y masculino solicitantes de tratamiento en Centros de Integración Juvenil en 1998. Informe de Investigación 99-08. Centros de Integración Juvenil, A. C., México, 2000.
15. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A. C. Tendencias del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil 1990-1996 (Síntesis nacional y regional). En Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ entre 1990 y 1997. Centros de Integración Juvenil, A. C., México, 1998.
16. CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A. C. Tendencias del consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en CIJ entre 1990 y 1999. Centros de Integración Juvenil, A. C., México, 2001.
17. CHICK J, ERICKSON CK. Consensus Conference on Alcohol Dependence and the Role of Pharmacotherapy in its Treatment. Alcohol Clin. Exp. Res. 1996; Apr. 20(2):391-402.
18. CIJ. Centros de Integración Juvenil A. C. Estudios epidemiológicos del consumo de drogas entre pacientes de primer ingreso a tratamiento. México, 2002.
19. CNDH. Derechos Humanos de los pacientes psiquiátricos, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 1995.
20. COMMITTEE ON ADDICTIONS OF THE GROUP FOR THE ADVANCEMENT OF PSYCHIATRY. Responsibility and options in drug addiction. Psychiatry Services. 2002; 53:707-713.
21. COSTA M; LÓPEZ E. Educación para la salud. Madrid: Pirámide, 1996.
22. CROWE AH; REEVES R. Treatment for Alcohol and other drugs abuse: Opportunities and coordination. Technical Assistance Publication Series 12. Rockville, Maryland US. Department of Health and human Services, 1994.
23. CUNNINGHAM JA; HUMPHREYS KA. Providing personalized assessment feedback for problem drinking on the internet: a pilot project. J Stud Alcohol 2000 Nov. 61(6): 94-8.
24. DE LA SERNA et. al. Medición del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada, 1989. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Reseña de la VI Reunión de Investigación, 2: 183-187.
25. SPM. Del "cuanto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. Salud Pública de México/vol. 39 no. 5 septiembre – octubre de 1997.
26. DIARIO OFICIAL. Modificación a la NOM-010 SSA2-93 para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. 16 de Marzo de 2000.
27. DIARIO OFICIAL. Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. Viernes 18 de Agosto de 2000.
28. DIARIO OFICIAL. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica. Miércoles 15 de noviembre de 1995.
29. DIARIO OFICIAL. Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. Lunes 7 de Diciembre de 1998.
30. EWING J. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. JAMA. 1984. 252:1905-1907.

31. FLEMING M; BARRY K; DAVIS A. Medical education about substance abuse: Changes in curriculum and faculty between 1976 and 1992. *Acad Med.* 1994. 69:362-369.
32. FLEMING M; CLARK K; DAVIS A. A national model of faculty development in addiction medicine. *Acad Med.* 1992. 67:691-693.
33. FRIEDMANN, PD; SAITZ R; SAMET J. Management of Adults Recovering From Alcohol or Other Drug Problems: Relapse Prevention in Primary Care. *JAMA.* 1998; 279: 1227-1231.
34. GALANTER M; KELLER DS; DERMATIS H. Use of the Internet for addiction education: Combining network therapy with pharmacotherapy. *Am J Addict.* 1998. 7:7-13.
35. GALANTER M; KLEBER H. Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias. Barcelona: Masson, 1997.
36. GARCÍA-RODRÍGUEZ J; LÓPEZ C. Nuevas aportaciones a la prevención de drogodependencias. Ediciones Madrid: Síntesis, 1998.
37. GOPALAN R; SANTORA P; STOKES EJ. Evaluation of a model curriculum on substance abuse at the Johns Hopkins University School of Medicine. *Acad Med.* 1992. V67:260-266.
38. GRAHAM K; TIMNEY CB. Case management in addiction treatment. *J Substance Abuse Treatment.* 1990; 7: 181-188.
39. GRUPO INTERINSTITUCIONAL PARA EL DESARROLLO DEL SISTEMA DE REPORTE DE INFORMACIÓN EN DROGAS. División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1996.
40. GUIA CVM; DÍAZ BARRIGA SL; SÁNCHEZ HR; SOUZA Y MM. Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos. 3ª. Edición. Centros de Integración Juvenil, A. C. México, 2003.
41. GUIA CVM; DÍAZ BARRIGA SL; SOUZA Y MM. A propósito de la relación entre adicciones y delincuencia. *Psiquiatría.* 2003; Enero-Abril; 2ª. Época; 19(1):14-27.
42. GUIA CVM; DÍAZ BARRIGA SL; SOUZA Y MM. Adicción, normatividad y terapéutica. *Psiquiatría.* 2004 ÉPOCA 2 septiembre-diciembre 20(3):25-37.
43. GUIA CVM; DÍAZ BARRIGA SL; SOUZA Y MM. El alcoholismo en México. *Rev Mex Neuroci* 2004, Julio-Agosto, 5(4):356-364.
44. GUIA CVM; DÍAZ BARRIGA SL; SOUZA Y MM. La educación médica en adicciones y sus problemas. En Imprenta. *Psiquiatría* 2004, 2ª. Época 20(1):9-20.
45. GUTIÉRREZ L; CASTILLO AD. Estadísticas sociodemográficas y de consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil en 2002. Informe de Investigación 03-01b. Centros de Integración Juvenil, A. C. México, 2003.
46. HEINRICH CJ; LYNN LE. Improving the organization, management, and outcomes of substance abuse treatment programs. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2002 Nov 28 (4): 601-22.
47. HSU J; FISHMAN M. Abuso de sustancias e infección por VIH. *Psiquiatría y Salud Integral* 2002; Enero-Febrero: 54-57.
48. MICHAPPEL JN. Educational approaches to prescribing practices and substance abuse. *J Psychoactive Drugs.* 1991. 23:359-363.
49. CLEARY PD. Prevalence and recognition of alcohol abuse in a primary care population. *Am J Med.* 1988. 85:466-471.
50. IASIS. Instituto de Asistencia e Integración Social, Gobierno del Distrito Federal, Curso Básico de

- Adicciones. Centros de Integración Juvenil, A. C. Noviembre 11-15, México 2002.
51. IMSS. Instituto Mexicano el Seguro Social. Programa Institucional de Fomento de la Salud antes las Adicciones. Dirección de Prestaciones Médicas. Coordinación Comunitaria. México, 1997.
 52. JUÁREZ F, et al. Actos antisociales, su relación con algunas variables sociodemográficas, el consumo de alcohol y drogas en estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Reseña de la IX Reunión de Investigación. Editor: Héctor Pérez-Rincón., 1994.
 53. KAMEROW DB; PINCUS HA; MAC DONALD DI. Alcohol abuse, other drug abuse, and mental disorders in medical practice. JAMA. 1986. 255:2054-2057.
 54. KAUFMAN E. Psychotherapy of Addicted Persons. N. Y.: Guilford Press, 1994.
 55. KLAMEN DL. Education and training in addictive diseases. Psychiatric Clinics of North America. 1999. June 22(2):471-480.
 56. KOSTEN T. Managment of Drug Alcohol withdrawal. N Eng J Med. 2003. 348:1786-95.
 57. KUMPFER KL; HOPKINS R. Recent advances in addictive disorders. Psychiatr Clin North Am. 1993. 16:11-20.
 58. KURZ M. Early intervention strategies in substance abuse. J Neural Transm. 2003; 66: 85-96.
 59. LEVIN FR; BISAGA A; KLEBER HD. Los tratamientos farmacológicos para el abuso de sustancias: presentes y prometedores. Psiquiatría y Salud Integral 2002; Enero-Febrero.: 35-45.
 60. LEWIS DC. Medical education for alcohol and other drug abuse in the U.S CMAJ. 1990. 143:1091-1096.
 61. LITTLE J. Treatment of dually diagnosed clients. Journal of Psychoactive Drugs. 2001; 33 (1): 27-31.
 62. MARLATT A, BARRET K. Relapse Prevention. In GALANTER M, KLEBER H. Textbook of substance abuse treatment. Chapter 20:285-287 American Psychiatric Press. Washington, 1994.
 63. MARTÍNEZ AJ, MARTÍNEZ MJ, MERCADO CG, SOUZA Y MM, PRADO GA. Binomio SIDA-Adicciones: un reto para la psiquiatría en los umbrales del nuevo milenio. Psiquiatría. 1999; 2ª. Época Septiembre-Diciembre. 15(3):61-67.
 64. MARTÍNEZ MJ; MARTÍNEZ AJ; MERCADO CG; SOUZA Y MM. Terapéutica integral del abuso y adicción a marihuana. Psiquiatría. 1999; 2ª. Época Mayo-Agosto 15(2):23-27.
 65. MEDINA-MORA ME. et al., Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana. Salud Mental, 16(3): 2-8, septiembre.
 66. MERCADO DEL CVR. Requisitos para los planes de estudios de licenciaturas, maestrías y doctorados. Dirección de Desarrollo Universitario. Dirección General de Educación Superior. Secretaría de Educación Publica, SEP. México, 1997.
 67. MILLER W; ROLLNICK S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. N. Y.: Guilford Press, 1991.
 68. NATHAN P; GORMAN J; SALKIND N. Tratamiento de los trastornos mentales. Una guía de tratamientos que funcionan. Madrid: Alianza Ensayo, 2002.
 69. NIDA. Beyond the therapeutic alliance: keeping the drug-dependent individual in treatment. Research Monograph 165. Maryland: U.S. Department of Health and Human Services. National Institute on Drug Abuse, 1997.
 70. NIDA. National Institute of drug Abuse. Therapy Manual for Drug Addiction. A cognitive behavioral approach: treating cocaine addiction. Monographic series, No. 8:15-24, 1998.
 71. NIDA. Principios de Tratamientos para La Drogadicción: Una Guía Basada en Investigaciones. NIDA
 72. NIDA. The National Institute on Drug Abuse. Information for Researchers and Health Professionals. U.S.

- Department of Health and Human Services. April 11, 2003.
73. NIDA. The National Institute on Drug Abuse. Understanding Drug Abuse and Addiction: What Science Says. U.S. Department of Health and Human Services. October 4, 2002.
 74. OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (ONUUD). Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía de planificación y aplicación Cap. VI. Integración efectiva de los servicios de tratamiento. Naciones Unidas. Viena, 2003.
 75. OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO. PNUFID. Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: análisis de las pruebas científicas. ONU. N.Y., 2003.
 76. OLIVARES HM; TAGLE OI; MERCADO CG; SOUZA Y MM. Psicoterapia y psicoterapia del paciente adicto. *Psiquiatría*. 2003; 2ª. Época; Enero-Abril, 19(1):28-38.
 77. OMS. Organización Mundial de la salud. Décima Revisión Internacional de la Clasificación de Enfermedades. Capítulo Quinto. Desordenes Mentales, Conductuales y del Desarrollo. OMS, Ginebra, Suiza, 1993.
 78. ONUSIDA. Asesoramiento y VIH/SIDA., Actualización técnica. Colección ONUSIDA de Prácticas óptimas. Ginebra, Suiza, Noviembre de 1997.
 79. ONUDD. Demand Reduction. A Glossary of Terms de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
 80. ONUDD. El Informe Mundial sobre las Drogas de las Naciones Unidas para 2004 presenta un cuadro exhaustivo de las tendencias de la droga en el mundo. http://www.unodc.org/unodc/es/press_release_2004-06-25_1.html United Nations Information Service Viena. [Consulta en línea 12 de agosto de 2004].
 81. PRADO GA. Modelos de atención para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. En SOUZA Y MM. Diagnóstico y Tratamiento de los Síndromes Adictivos. Editorial Ciencia y Cultura Latinoamérica. México, 2000.
 82. PULSE CHECK. Trends in Drug Abuse. Executive Office of the President. Office of National Drug Control Policy. Washington, D. C., 2002.
 83. REYES DEL OLMO P. Modelos de tratamiento en adicciones. Ponencia presentada en Guatemala, 2001
 84. ROBB N. Teaching on addiction issues lacking in medical school, specialists told. *CMAJ*. 1998. 158:640-641.
 85. RODRÍGUEZ F; VÁZQUEZ J. DESVIAT M. *Psiquiatría Social y Comunitaria*. Las Palmas: Fundación ICEPSS, 1997.
 86. ROTGERS F; KELLER D; MORGENSTERN J. *Treating substance abuse: Theory and technique*. N. Y. Guilford Press, 1996.
 87. SOUZA Y MM. "Las NOM y la profesionalización de la terapéutica de las adicciones". Simposio "Panorama actual, políticas y procedimientos clínico- terapéuticos de las adicciones". XVII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana A. C. y Simposio Regional de la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Cancún Q. Roo 16-20 Nov., 2001.
 88. SOUZA Y MM. La deficiencia formativa del personal de salud y la terapéutica de las adicciones. *Revista Mexicana de Prevención y Readaptación Social*. 2000; 8: 99-106.
 89. SOUZA Y MM; QUIJANO BEM; DÍAZ BARRIGA SL; GUIZA CVM; LORENZO VAS; GAUCÍN RR. Historia Clínica Psiquiátrica Codificada para Adicciones: Una Propuesta. *Psiquiatría*. 1998; Enero-Abril 14(1):9-25.
 90. SSA. DVD: Fumar Empobrece. Comité de Enseñanza 2004, México 2004.
 91. SSA. El Consumo de Drogas en México: Diagnóstico, Tendencias y Acciones. México 2002.
 92. SSA. ENA 2002. SSA. CONADIC; INPRFM, DGE, INEGI.
 93. SSA. Programa de Acción: Adicciones, Alcoholismo. México, 2001.

94. SSA. Secretaría de Salud. El Consumo de Drogas en México, Consejo Nacional contra las Adicciones, 1999.
95. SSA. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones, ENA. Dirección General de Epidemiología. México, 1998.
96. STRAUSSNER S. Clinical work with substance-abusing clients. N.Y. Guilford Press, 1993.
97. TAGLE OI; MERCADO CG; MARTÍNEZ AJ; MARTÍNEZ MJ; SOUZA Y MM. Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. *Psiquiatría*. 2000. Época 2 Sept-Dic 16(3):110-116.
98. UK HEALTH DEPARTMENT. Models of care for substance misuse treatment. Promoting quality, efficiency and effectiveness of treatment services. London, 2002.
99. US. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, Treatment Center for Substance Abuse. Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol Series 27. Rockville, Maryland US. Department of Health and human Services, 1998.
100. VILLATORO J. et al. La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la ciudad de México. Medición otoño de 1997. *Salud Mental*, 22(2): 18-30.
101. WESTREICH L. Cómo lograr que una persona adicta ingrese a tratamiento. Lo que puede hacer la familia. *Psiquiatría y Salud Integral* 2002; Enero-Febrero: 58-60.
102. WOODY G. Individual drug counseling. National Institute on Drug Abuse (NIDA) Manual #3: Therapy manuals for drug addiction. Maryland: National Institutes of Health, 1999.
103. WOODY G. Research Findings on Psychotherapy of Addiction Disorders. *American Journal on Addictions*. 2003; 12 (2):19-26.
104. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Lexicon of Alcohol and drug terms. WHO. Geneva, 1994.

