



Tratamiento de los trastornos adictivos

Ricardo Iván Nanni Alvarado



Las adicciones son enfermedades crónicas de las que los pacientes no se curan por el solo hecho de dejar de consumir drogas. La mayoría de los sujetos consumidores requiere de tratamientos integrales –en los que se aborde la adicción desde muchas especialidades–, por mucho tiempo o por periodos repetidos de atención, para lograr el objetivo final de la abstinencia y la recuperación de la vida normal.

El problema de las adicciones tiene especial trascendencia no sólo en el ámbito médico, sino en los diversos aspectos sociales. El proceso de globalización se ha extendido también al campo de conocimiento sobre ellas. El presente artículo no pretende ofrecer opiniones personales en calidad de autor experto, sino presentar el consenso mundial del conocimiento actual sobre el manejo de las adicciones, adquirido a través de realizar revisiones sistemáticas sobre el mismo.

Generalmente, la elección del tratamiento para los consumidores de drogas se ha basado en la experiencia clínica. Se toma en cuenta el tipo y la gravedad de la adicción, la presencia o ausencia del consumo de múltiples sustancias y de problemas médicos o psiquiátricos asociados, así como aspectos culturales y socioeconómicos.

El *diagnóstico dual* (coexistencia de psicopatología –trastornos mentales– y el consumo de sustancias psicoactivas –droga–) debe contar con un sistema estratégico de centros asistenciales que dispongan de infraestructura y personal especializado para proporcionar servicios eficaces, eficientes y efectivos que atiendan los diversos escenarios: 1) sólo de consumo de sustancias (sin psicopatología que lo acompañe); 2) de pura psicopatología (sin consumo de sustancias); y 3) de un modelo donde ambos, consumo y psicopatología, coexistan.

Si bien sabemos que es necesario el manejo farmacológico para tratar las adicciones, esto no garantiza la curación del individuo. Una farmacoterapia adecuada para tratar el diagnóstico dual puede ser muy útil en casos como el de consumo

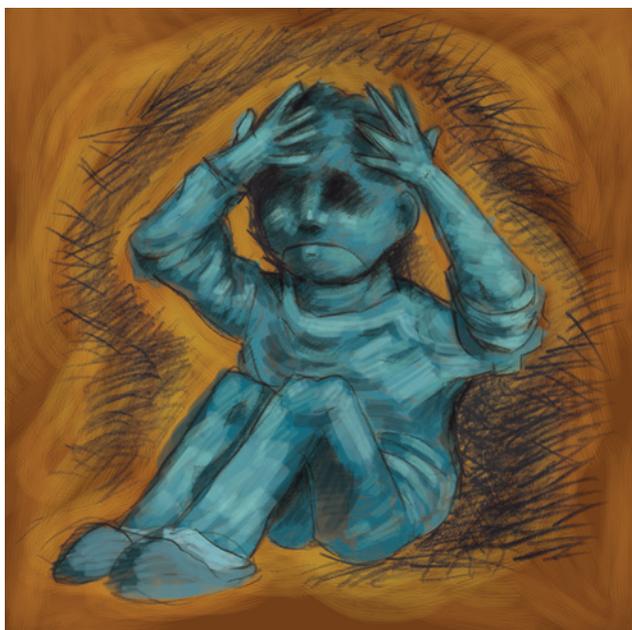


de sustancias para reducir síntomas en pacientes que sufren de trastorno depresivo mayor.

Sin embargo, algunos pacientes con diagnóstico dual continúan abusando de sustancias, incluso cuando la remisión del trastorno mental es total o parcial; es decir, aunque ya haya mejorado su problema mental (ansiedad, depresión, psicosis, etcétera) continúan consumiendo drogas.

Existen tratamientos farmacológicos específicos para determinados aspectos de la dependencia química, y fármacos que alivian el síndrome de abstinencia asociado a la dependencia de sustancias. Para manejar los síntomas de la supresión del consumo de sustancias, se buscan varios objetivos: a) reducir los síntomas del síndrome de abstinencia; b) evitar que el paciente desarrolle complicaciones graves al suspender el consumo; c) restablecer el ritmo funcional del sueño, el apetito y la actividad física; y d) instituir un régimen higiénico adecuado.

El verdadero reto dentro del manejo de las adicciones concierne al mantenimiento del *no consumo* de forma constante y consistente a través del tiempo. Dentro de este apartado, la apetencia o *craving* por el consumo adquiere un valor primordial en el manejo psicofarmacológico, y es vital tener un seguimiento continuo y permanente del paciente. Los objetivos de la fase de mantenimiento son: a) promover y mantener



la sobriedad; b) promover la ingesta moderada; c) promover alternativas para resolver situaciones críticas; d) corregir los factores precipitantes y asociados; e) tratar las complicaciones; y f) aplicar estrategias de prevención de recaídas.

Como principios generales, el manejo de las adicciones debe abordar, según el Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas de los Estados Unidos (*National Institute on Drug Abuse*, NIDA):

1. No existe un único tratamiento adecuado para todas las personas.
2. El tratamiento debe estar disponible inmediatamente.
3. Un tratamiento efectivo contempla las múltiples necesidades del sujeto, no sólo su consumo de drogas.
4. El tratamiento individualizado y el plan de asistencia han de evaluarse continuamente y modificarse, si es necesario, para garantizar que el plan cubra las necesidades cambiantes de la persona.
5. Para que un tratamiento sea eficaz es decisivo seguirlo durante el tiempo adecuado.
6. La consejería (de forma individualizada o en grupo) y otras formas de terapia comportamental son fundamentales para la eficacia de un tratamiento de adicción.
7. Para muchos pacientes los medicamentos constituyen un elemento importante del tratamiento, especialmente si se combinan con consejería y otras terapias del comportamiento.
8. Aquellos sujetos adictos o con abuso de drogas que presenten simultáneamente una enfermedad mental deben someterse a un tratamiento integral de ambos trastornos.
9. La desintoxicación médica es sólo el primer paso del tratamiento de la adicción, y por sí sola contribuye muy poco a modificar a largo plazo el hábito del consumo.
10. Un tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo.
11. Hay que controlar continuamente la posibilidad de que exista consumo de drogas durante el tratamiento (con pruebas de antidopaje).
12. Los programas de tratamiento deben incluir la detección de enfermedades como la infección por VIH,

hepatitis B y C, tuberculosis y otras infecciones, y aconsejar a los pacientes para ayudarles a cambiar comportamientos a fin de evitar que ellos mismos u otras personas puedan infectarse.

13. La recuperación de la adicción a una droga puede ser un proceso muy largo y suele requerir múltiples periodos de tratamiento.

Tratamiento psicoterapéutico

Otro punto fundamental es el abordaje psicoterapéutico en el cual es necesario aclarar y fundamentar el diagnóstico, fijar los objetivos a corto y largo plazos, así como establecer los términos del contrato terapéutico. En el periodo inicial, la participación de miembros de la familia del paciente es sumamente necesaria. En esta primera fase, el objetivo es lograr convencer al paciente de mantenerse en abstinencia. Posteriormente se abordarán algunos de los factores que lo llevaron al consumo de las sustancias; ante esto, el paciente debe aprender a manejar la ansiedad, así como a abandonar paulatinamente los mecanismos psicológicos de defensa como la negación y la proyección, fortaleciendo, asimismo, la conciencia de su autocuidado.

Es posible que se hagan evidentes problemas de tipo sexual, familiar u otros, los cuales hay que abordar una vez abierta la “caja de Pandora”. También resulta menester auxiliarse en grupos de ayuda mutua del tipo Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos para dar contención y reestructurar al paciente, y reinsertarlo en los diversos ámbitos de su vida. Con la intervención anterior muchos pacientes terminan el tratamiento o se mantienen en abstinencia, además de continuar con el trabajo de identificación y resolución de los conflictos intrapsíquicos, así como realizar un inventario moral permanente de su actuar cotidiano, que reparan diariamente, con lo cual ceden las áreas de conflicto y logran reintegrarse a la sociedad.

Cabe señalar que, siguiendo los lineamientos mencionados, el pronóstico será favorable. Sin embargo, dentro de la evolución natural de la enfermedad se contempla la reincidencia (recaídas). Una directriz terapéutica es buscar que dichos cuadros de reincidencia estén cada vez más espaciados y que cada uno tenga menor duración, hasta que el problema remita totalmente.



Otros puntos a considerar:

1. Es necesario estabilizar los síntomas psiquiátricos agudos, o los de abuso de sustancias, como paso previo al proceso del tratamiento.
2. Antes de efectuar el diagnóstico psiquiátrico y desarrollar el tratamiento a largo plazo, puede ser recomendable observar al paciente durante un periodo libre de sustancias de tres a seis semanas de duración.
3. Hay que tratar de forma eficaz ambos trastornos, o no se obtendrá mejoría en ninguno de ellos. Se debe realizar un tratamiento de apoyo sin prejuicios, aunque puede ser necesario efectuar una negociación terapéutica en relación con el trabajo, la familia o el acceso a recursos asistenciales.
4. La psicoterapia de forma aislada no constituye un tratamiento eficaz para los pacientes con patología dual.
5. Puede ser necesario ser menos rígido y evitar la confrontación con los pacientes con trastorno dual que han continuado el consumo de sustancias en las etapas iniciales del tratamiento. Sin embargo, no debe permitirse el consumo indefinido de sustancias si el paciente permanece en tratamiento.
6. El tratamiento debe tener una frecuencia de dos a tres veces por semana en los pacientes en régimen ambulatorio (consulta externa), aunque es reco-

mendable realizar un tratamiento diario o en régimen hospitalario hasta conseguir la estabilidad de ambos trastornos.

7. De ser posible, el tratamiento debe ser efectuado por un único profesional clínico, o en un único programa. Si dos terapeutas proporcionan tratamiento psiquiátrico y del trastorno adictivo, es necesaria la comunicación frecuente entre ellos a fin de evitar la manipulación por parte del paciente.
8. Las recaídas son potencialmente más frecuentes en pacientes con trastornos psiquiátricos y adictivos que en los que sufren un único trastorno, sin que esto refleje necesariamente un fracaso del tratamiento.
9. Hay que considerar especialmente las intensas reacciones de transferencia y contratransferencia (cuando el paciente proyecta inconscientemente sobre el terapeuta sentimientos, vivencias y emociones, y cuando ocurre en lo inverso, respectivamente). Una de las premisas principales del tratamiento es que hay que motivar al paciente; de lo contrario, el tratamiento fracasará. Sin embargo, esta motivación debe buscarse en el propio proceso de tratamiento.
10. Se debe estimular, pero no forzar, la participación del paciente en los grupos de terapia, en particular en los grupos de patología dual, en caso de existir ésta.

● Periodo de abstinencia

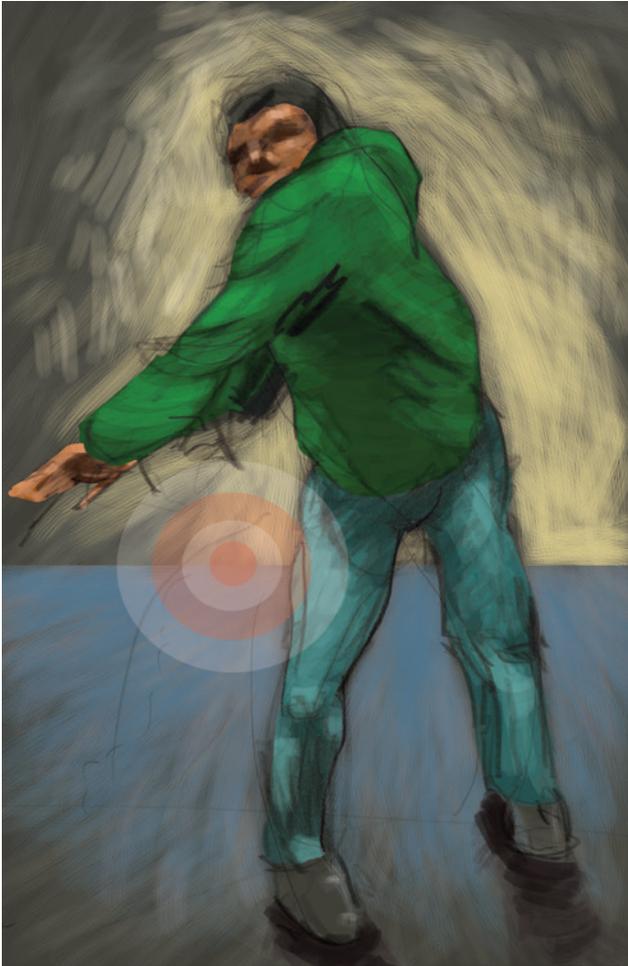
En los periodos de abstinencia, los sujetos experimentan un aumento en el deseo o apetencia compulsiva de la droga, denominado *craving* (nomenclatura de uso clínico en el idioma inglés), el cual induce al sujeto a volver a consumir descontroladamente la droga de abuso (recaídas). De hecho, la adicción es considerada una forma de conducta aberrante que se desarrolla gradualmente como respuesta a la exposición repetida a la misma droga. Así, el consumo con perfil adictivo de una droga genera alteraciones bioquímicas y fisiológicas conocidas como *tolerancia* y *sensibilización* a la sustancia misma, y eventualmente alteraciones conductuales complejas como la dependencia física y psicológica a su consumo. Si éste es suspendido bruscamente, se presentará el síndrome de abstinencia y la



apetencia compulsiva incontrolada por el reconsumo de la droga (*craving*).

En la Norma Oficial de la Secretaría de Salud referente a la detección, tratamiento y referencia de las adicciones de nuestro país (NOM-028-SSA2-2009) se contemplan tres fases de intervención: *recuperación* (desintoxicación y estabilización física y mental del sujeto con problemas de adicción), *rehabilitación inicial y tardía* (lograr que el sujeto sea funcional en las diversas áreas de la vida), y *reinserción social* (volver a insertar en la sociedad al sujeto ya sano, a nivel físico, mental y productivo).

Con base en lo anterior, la decisión de referir a un paciente para tratamiento en régimen de hospitalización debe ser individualizada. En general, tal tratamiento está indicado en presencia de: a) problemas médicos o psiquiátricos mayores asociados y que tengan posibilidad de presentar complicaciones (por ejemplo,



insuficiencia hepática o depresión con ideación suicida, respectivamente); b) síndrome de abstinencia grave presente o anticipado, particularmente tras el uso prolongado e intenso de depresores del sistema nervioso central (como el consumo de opiáceos); c) múltiples intentos previos de tratamientos ambulatorios que hayan fracasado; d) ausencia de un adecuado soporte familiar o social para la abstinencia; y, e) alto grado de cronicidad y adicción grave con policonsumo de sustancias (mezcla de varias drogas).

El tratamiento hospitalario puede tener por único objetivo inicial la desintoxicación, seguida por un tratamiento ambulatorio cuando sea posible, si es que el paciente tiene conciencia de su enfermedad (es decir, un claro concepto del problema así como un compromiso real y la voluntad de cambiar sus conductas). En caso de no ser así, se debe continuar la rehabilitación en régimen de internamiento. Enfatizo: un programa

más extenso (y duradero) de ingreso debe considerarse en pacientes que manifiesten una gran negación del problema, sean adictos graves, tengan trastornos físicos o mentales acompañantes, incluyendo el deterioro orgánico, o que hayan recaído rápidamente tras episodios previos de desintoxicación en régimen de ingreso o ambulatorio.

Rehabilitación

El proceso de rehabilitación se refiere al proceso de tratamiento que se inicia cuando se ha concretado la desintoxicación. Este proceso puede llevarse a cabo de forma hospitalaria o ambulatoria. Con frecuencia incluye terapia individual, grupal y familiar, así como psicoeducación (orientación sobre salud mental y su mantenimiento) sobre las drogas y el alcohol, e intentos de guiar a los pacientes y a sus familias en el desarrollo de un ambiente social que apoye la abstinencia del consumo.

Las técnicas terapéuticas se dirigen a ayudar al paciente a reducir o suprimir las conductas desadaptativas y aprender conductas que prevengan la recaída. El equipo terapéutico debe ser multidisciplinario, pero debe apoyarse en el Modelo Médico de Diagnóstico Dual (abordaje simultáneo de la íntima relación entre enfermedad mental y el consumo de drogas) que minimize el estigma y la culpa. La mayoría de los programas de rehabilitación han adoptado un enfoque psicoeducativo activo que enfatiza las consecuencias negativas biológicas, psicológicas y sociales del consumo persistente e intenso de sustancias.

De forma adicional, muchos programas adoptan una aproximación didáctica para enseñar a los pacientes los factores que conducen a la recaída. La importancia de la psicoeducación de los pacientes por parte de los psiquiatras y todo el equipo de salud mental, particularmente en cuanto a las consecuencias médicas del consumo abusivo de alcohol y sustancias, no debe subestimarse. Así, estudios dirigidos a disminuir la ingesta de alcohol y sustancias en general han demostrado que tal educación, en combinación con la consejería profesional (*counselling*) y grupos de ayuda mutua del tipo Alcohólicos o Narcóticos Anónimos, pueden aportar un pronóstico positivo.

Fase de reinserción

Finalmente, la fase de reinserción social tiene como objetivo, como su nombre lo indica, “insertar” nuevamente a su entorno al paciente que ha recibido ya un programa de rehabilitación, para que ahora, como sujeto sano a nivel físico, mental y productivo, vuelva a ser parte activa de la sociedad.

Por otro lado, los *Cuadrantes de atención para manejo del diagnóstico dual* ofrecen una panorámica conceptual que permite categorizar a los pacientes y ayudarlos en el proceso de la recuperación, ya que contemplan la severidad de los síntomas de la comorbilidad (coexistencia relacionada) del trastorno mental y el trastorno por consumo de sustancias, para determinar el nivel y lugar de atención más apropiado para el cuadro nosológico.

La familia

El papel de la familia en el tratamiento es fundamental. La información existente ha servido para en-

fatizar la importancia de los factores familiares en el inicio y en el curso clínico del alcoholismo y el resto de las dependencias a otras sustancias psicoactivas.

Se han descrito varios tipos de familias de adictos basados en el estado funcional de sus familiares. Estos hallazgos tienen implicaciones importantes sobre las intervenciones familiares, y han sido abordados como un componente esencial en el programa de tratamiento de la patología dual. Con frecuencia, la disfunción familiar ocurre en torno a un círculo vicioso donde el “paciente identificado” puede jugar el papel de “chivo expiatorio”. Los hallazgos clínicos destacan tanto el papel de la psicopatología familiar en la génesis de la adicción, como el impacto de la conducta familiar alterada que se desarrolla en respuesta al abuso crónico de sustancias por parte de uno o más de sus miembros.

El estudio de la dinámica familiar en el tratamiento y la recuperación es primordial. Los sistemas de aproximación familiar intentan mejorar la comprensión mutua, y modificar el impacto del ambiente familiar en el

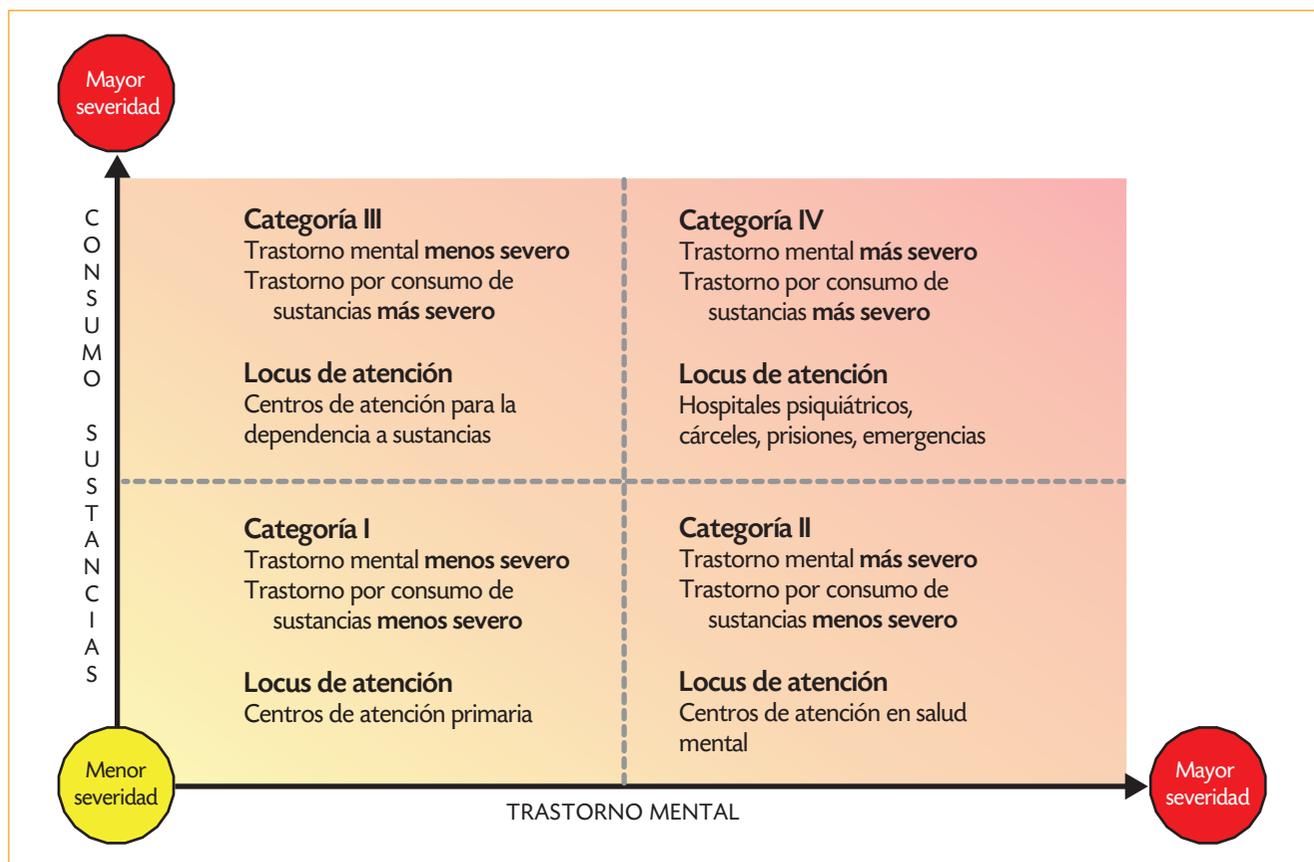


Figura 1. Cuadrantes de atención.

miembro adicto, así como el impacto del adicto en las interacciones con la familia. En general, en los tratamientos familiares efectivos se examina cómo se procesan las relaciones y emociones en el sistema familiar, a la vez que se ayuda a la familia a desarrollar formas prácticas de implicarse en el tratamiento y afrontar el diagnóstico dual, para lograr así la recuperación del consumidor. El trabajo con la familia del paciente debe focalizarse en reemplazar actitudes y conductas permisivas o punitivas por interacciones de mayor apoyo. Las parejas u otras personas significativas deberán participar activamente en el proceso terapéutico.

Programas preventivos

En toda intervención terapéutica en adicciones, juegan un relevante papel los principios preventivos. La eficacia de un programa preventivo depende de los componentes y características del modelo y la teoría que lo sustentan. Estos elementos deben estar probados y apegados a estándares científicos de eficacia y calidad. Las aportaciones teóricas que se sustentan en la investigación han fortalecido la prevención del consumo de sustancias y contribuido a incrementar la calidad de las diferentes acciones y programas preventivos. El diseño de estas intervenciones se apoya en los decretos formulados por los organismos internacionales y nacionales (o locales) especializados, que cuentan con vasta experiencia en la materia.

A nivel mundial, el National Institute on Drug Abuse (NIDA) de los Estados Unidos postuló, en 2004, ciertos principios preventivos con el objetivo de “ayudar a los educadores y líderes comunitarios a ponderar, planificar e introducir programas de prevención del abuso de drogas con bases científicas a nivel comunitario”:

1. Los programas preventivos deberán diseñarse para realzar los factores de protección con el fin revertir o reducir los factores de riesgo.
2. Deberán incluir todas las formas y sustancias de consumo de drogas, incluyendo tabaco, alcohol, *Cannabis* e inhalables.
3. Deberán contener estrategias de habilidades para resistir el ofrecimiento de drogas, reforzar el compromiso personal contra el uso de estas sustancias



e incrementar las competencias sociales (por ejemplo, comunicación, relaciones con sus compañeros o iguales, autoeficacia y asertividad en la toma de decisiones) junto con el refuerzo de las actitudes contra el consumo.

4. Los programas para los adolescentes deberán incluir métodos interactivos como grupos de discusión con otros jóvenes, en lugar de sólo técnicas didácticas.
5. Deberán tener un componente donde se incluya a los padres o tutores para que refuercen el aprendizaje en los niños y jóvenes en cuanto a la realidad del consumo de drogas y sus efectos nocivos, lo que puede generar la discusión en familia sobre el consumo de drogas legales e ilegales, y una reflexión sobre la postura que ésta adopta sobre el consumo.
6. Los programas deberán operarse, a largo plazo, durante los años escolares, con intervenciones repetidas para reforzar las metas preventivas originales. Por ejemplo, los esfuerzos escolares dirigidos a estudiantes de la escuela primaria y secundaria deben incluir sesiones de refuerzo para ayudar al periodo crítico de transición entre la educación secundaria y el bachillerato.
7. Los esfuerzos preventivos centrados en la familia tienen mayor impacto que las estrategias que se centran únicamente en los padres o sólo en los hijos.
8. Los programas comunitarios que incluyen campañas en los medios de comunicación y cambios en la política, como nuevas normas y leyes que restringen el acceso al alcohol, tabaco u otras drogas, son más eficaces cuando se acompañan de intervenciones en la familia y la escuela.

9. Los programas comunitarios necesitan fortalecer las normas contra el consumo en todos los ámbitos de prevención, incluyendo familia, escuela y comunidad.
10. La escuela ofrece la oportunidad de alcanzar a toda la población de jóvenes, además de ser de gran utilidad para subpoblaciones específicas con mayor riesgo de consumir drogas, tales como adolescentes que tienen problemas de conducta, dificultades de aprendizaje o alto potencial de abandonar la escuela y ser marginados.
11. Los programas preventivos deben adaptarse a cada comunidad específica, para tratar la naturaleza concreta del problema del abuso de drogas en la misma.
12. Cuanto mayor sea el riesgo de la población objetivo, más intensivos deberían de ser los esfuerzos preventivos, e iniciarse más temprano.
13. Los programas preventivos deberán ser específicos para la edad de los jóvenes, apropiados a su periodo de desarrollo y sensibles a las diferencias culturales entre ellos.
14. Los programas preventivos eficaces han demostrado ser efectivos respecto a su costo.

Como hemos visto, éstos como tantos otros principios generales, sumados a la experiencia del personal de salud, han hecho que el enfoque preventivo haya sido visto desde diversas ópticas a través de las últimas décadas. Por ejemplo:

- En la década de 1960, los programas se enfocaban a informar y educar al público, señalando los aspectos negativos del consumo. Además, tenían cierto sesgo que buscaba generar temor para desalentar la experimentación y disminuir el abuso.
- Durante la década de 1970, buscaban influir sobre las variables actitudinales y psicosociales que se suponían asociadas causalmente a las conductas adictivas, como autoeficacia, autoestima, valores, atribuciones y creencias.
- Para los años de 1980, los esfuerzos de las intervenciones combinaban habilidades psicosociales con habilidades para la vida. Fueron desarrolladas y probadas como medidas de prevención primaria.
- A fines de la década de 1990 y principios del presente siglo, las experiencias previas condujeron al

diseño de intervenciones diferenciales, basadas en las características, necesidades, intereses y recursos de la comunidad, en lugar de centrar las acciones en el nivel individual u organizacional.

De aquí surge la prevención: a) *universal* (vertida a todos, aunque no consuman); b) *selectiva* (para población experimentadora de sustancias, con énfasis en grupos particulares de edad); y c) *indicada* o *específica* (para población ya consumidora con factores de alto riesgo para el uso o abuso de sustancias).

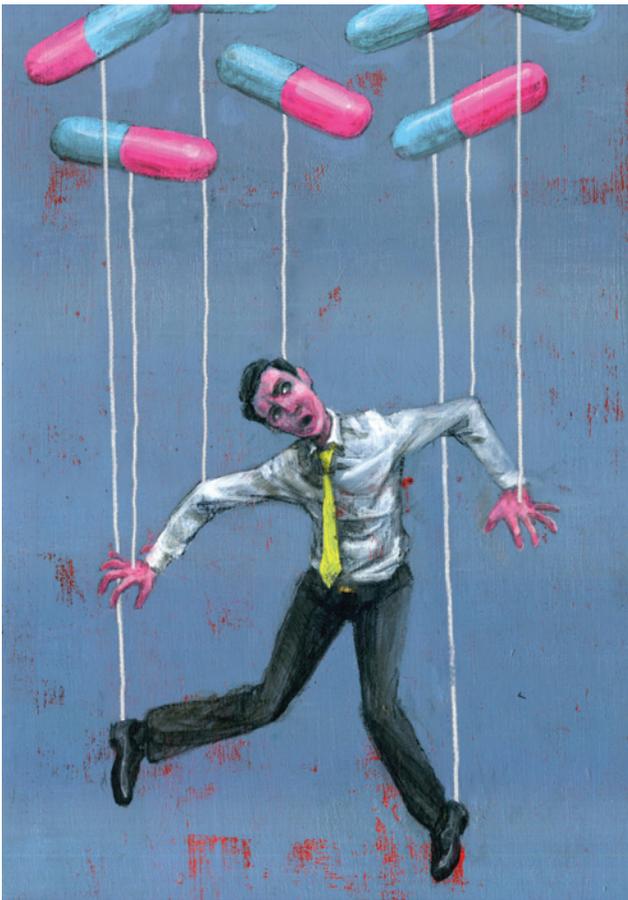
Finalmente, deseo externar de manera enfática que un programa preventivo eficaz tiene una enorme trascendencia, debido a que pretende:

1. Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.
2. Limitar el número y tipo de sustancias utilizadas.
3. Evitar la transición de la prueba o experimentación de sustancias al abuso y dependencia a las mismas (es decir, evitar la enfermedad).



4. Disminuir las consecuencias negativas del consumo en aquellos individuos que han usado drogas o que tienen problemas de abuso o dependencia.
5. Educar a los individuos para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas.
6. Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas.
7. Modificar las condiciones del entorno sociocultural y proporcionar alternativas de vida saludable.
8. Abatir costos de tratamiento y rehabilitación.
9. Fortalecer el Sistema de Salud optimizando recursos humanos y financieros.
10. Proteger a la sociedad de los efectos secundarios (delitos, accidentes, violencia, baja productividad y ausentismo laboral, entre otros tantos).

Como ya he mencionado, el verdadero reto dentro del manejo de las adicciones es el concerniente al mantenimiento del *no consumo* de forma constante y consistente a través del tiempo.



Dentro de este apartado, la apetencia o *craving* por el consumo adquiere un valor primordial en el manejo psicofarmacológico, revistiendo relevancia el otorgar seguimiento continuo y permanente. Sin embargo, dentro de la evolución natural de la enfermedad está contemplada la reincidencia, tornándose la directriz terapéutica el espaciar dichos cuadros de recaídas, y que cada uno tenga menor duración, hasta que remita totalmente.

Los nuevos abordajes en el área de la psiquiatría adictológica plantean desde abordajes psicofarmacológicos, hasta otros de tipo inmunológico o electromagnético. Estudios realizados por un equipo de investigadores, dirigidos por quien escribe este artículo, del Instituto Nacional de Psiquiatría, revelan que al emplear psicofármacos en consumidores de cocaína se logra una disminución significativa del *craving*. Esto pudo constatarse en pacientes que se sometieron al uso de mirtazapina por tres meses con dosis de hasta 30 miligramos por decilitro. Apoyados en la clinimetría (cuestionarios específicos para medir la apetencia), hallamos *resultados positivos por el uso de cocaína*; no encontramos una disminución tan significativa de los dominios de la intención del uso o control del mismo, ya que se asocia más a un cambio cognoscitivo (o de pensamiento) que se obtendría a través del tiempo tras un proceso de modificación cognitivo/conductual.

Considero que el uso continuo de mirtazapina induce modificaciones importantes a nivel de reducción del *craving* por cocaína, pudiendo ser una posible alternativa terapéutica para este fin. Por otro lado, realizamos estudios de estimulación magnética transcranial en sujetos dependientes a *Cannabis*, empleando una bobina con forma de 8 que induce un campo eléctrico más concentrado que las bobinas circulares. Esto hace posible la focalización más precisa del estímulo, situándolo en áreas de hasta cinco milímetros de diámetro.

Tras series de diez sesiones, en cada una de las cuales se aplicaron 1500 pulsos, es decir 30 trenes con una intensidad de 5 Hz cada uno, se estimuló la región prefrontal del lóbulo frontal izquierdo, lo cual induce la liberación de neurotransmisores, estimulando a su vez al núcleo accumbens. Clínicamente se ha constatado una disminución del *craving* por el consumo de *Cannabis*, así como para mejorar la anhedonia y disfo-



ria presentes durante su abstinencia. De forma paralela, hemos obtenido mejoría cognitiva en la capacidad de concentración y memoria, así como en la motivación y control sobre el consumo.

Finalmente, el equipo de investigadores liderado por Benito Antón Palma ha desarrollado una plataforma biotecnológica durante los últimos ocho años, logrando con ello la síntesis experimental de la vacuna activa M-TT Bivalente para Heroína y Morfina, conforme a procedimientos internacionales de buenas prácticas de laboratorio. Ha sido formulada hasta la fecha para su uso en modelos animales, con resultados muy alentadores para iniciar *a posteriori* su aplicación de forma experimental en humanos.

La vacuna tiene como objeto proteger a la población que ya es dependiente de las sustancias opiáceas (heroína, morfina, opio, nalbupina, codeína y buprenorfina, entre otras) al generar la producción de anticuerpos séricos, previniendo así las recaídas, ya que a mayor titulación de anticuerpos específicos generados, habrá una mayor inmunoprotección contra el proceso adictivo a esta droga.

México es pionero dentro del contexto mundial en cuanto a la formulación de vacunas antiadictivas, situación que lo coloca a la vanguardia en el diseño de terapias novedosas en el campo de las adicciones. Se requiere aún de investigaciones clínicas para probar la efectividad de las vacunas en humanos. Sin embargo, con base en los resultados obtenidos hasta el momento, podemos confiar en que estas investigaciones marcarán un partaguas en el manejo de las adicciones en los años por venir, al poder desarrollar experimentalmente una vacuna pentavalente contra la adicción a la morfina, heroína, cocaína, nicotina y metanfetamina.

Conclusión

Deseo terminar haciendo algunas reflexiones sobre el entrenamiento y competencia clínica para el tratamiento.

La mayoría de los estudiantes y residentes de medicina y psiquiatría no han sido entrenados adecuadamente para afrontar los problemas de los pacientes duales. Como consecuencia, tales problemas están subdiagnosticados y poco reconocidos, al igual que las experiencias positivas en el tratamiento de los pacientes duales, que pueden ayudar a los médicos a superar el escepticismo frente a la patología dual. La enseñanza por parte de clínicos competentes y expertos en patología dual, y con experiencias positivas en el tratamiento, son vitales en esta área.

Para cumplirlo, necesitamos formar a una generación de médicos para que sean competentes en el diagnóstico. Los cambios recientes en la enseñanza durante la residencia de psiquiatría y el establecimiento de programas de formación especializada pueden resultar muy prometedores en el futuro. También considero menester no sólo centrarnos en el área médica, sino formar un equipo multi y transdisciplinario experto, donde cada integrante pueda aportar desde su perspectiva de abordaje profesional del problema de las adicciones y la patología dual.

La gran mayoría de las instituciones académicas cuentan con pocos profesionales en el área de adicciones, capaces de formar profesionales clínicos en el tema. El número de psiquiatras a nivel mundial es ínfimo: hay 2.0 por cada 100 mil habitantes de población general, aunque la cifra difiere dependiendo del con-

tinente: en África es de 0.004; en América, de 2.60, y en Europa, de 24.8. Además, estos datos son mucho más desalentadores cuando valoramos el número de psiquiatras respecto a cada diez mil pacientes psiquiátricos. A nivel mundial la cifra es de 1.0; desglosando, en África es de 0.34; en América de 2.60; en Europa de 8.0; y, notablemente, en Estados Unidos es de 20.

Estoy consciente de que aún quedan muchas dudas por despejar, y que la complejidad del diagnóstico dual es mucho mayor de lo que aquí enuncio. Sin embargo, creo que esta aproximación inicial puede ser de utilidad para aquellos profesionales que desarrollan su actividad laboral con estos pacientes, que cada día son más frecuentes, más complejos y, por ello, más necesitados de un diagnóstico y tratamiento específicos. Deseo que el interés del lector no decaiga y le motive a encontrar respuestas no sólo en la bibliografía mundial, sino en la razón de ser de nuestra profesión: nuestros pacientes.

Ricardo Iván Nanni Alvarado estudió la carrera de médico cirujano en la Universidad Veracruzana, la maestría en administración de servicios de salud en la Universidad Fidelitas de Costa Rica, y la especialidad y subespecialidad en psiquiatría y adictología psiquiátrica, respectivamente, en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Es profesor de posgrado para médicos especialistas en las facultades de Medicina de la UNAM y en la de la Universidad La Salle. Es director general adjunto del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones de la Secretaría de Salud, y presidente de la Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A. C.
ricardonanni@yahoo.com.mx



Lecturas recomendadas

- Crawford, V. (1996), "Comorbidity of substance misuse and psychiatric disorders", *Curr. Opin. Psychiatry* 9: 231-234.
- Hall, W. y M. Farrell (1997), "Comorbidity of mental disorders with substance misuse", *Br. J. Psychiatry* 171:4-5.
- Kosten, T. R. y H. D. Kleber (1998), "Differential diagnosis of psychiatric comorbidity in substance abusers", *J. Subst. Abuse Treat.* 5:201-206.
- Lehman, A. F., C. P. Myers y E. Corty (1989), "Assesment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes", *Hosp. Community Psychiatry* 40:1019-1025.
- Regier, D. A., M. E. Farmer, D. S. Rae y colaboradores (1990), "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug use: results from epidemiologic catchment area (ECA)", *JAMA* 264:2511-2518.
- Ries, R. K. (1993), "The dually diagnosed patient with psychotic symptoms", *J. Addicti Dis.* 12:103-122.
- Ross, H. E., F. B. Glaser y T. Germanson (1988), "The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems", *Arch. Gen. Psychiatry* 45:1023-1031.
- Rounsaville, B. J., M. M. Weisman, H. D. Kleber y C. H. Wilbur (1982), "Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts", *Arch. Gen. Psychiatry* 39: 161-166.
- Rounsaville, B. J., M. M. Weisman, K. Crits-Christoph, C. H. Wilbur y H. D. Kleber (1982), "Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts: course and relationship to treatment outcome", *Arch. Gen. Psychiatry* 39:151-156.
- Shaner, A., L. J. Roberts, T. A. Eckeman y colaboradores (1998), "Sources of diagnosis uncertainty for chronically psychotic cocaine abusers", *Psychiatr. Serv.* 49: 684-690.