

CENTENARIO
1917 2017
CONSTITUCIÓN POLÍTICA
DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

DERECHOS DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

Fernando Cano Valle, Ricardo Nanni Alvarado y Mónica Pantoja Nieves



BIBLIOTECA
CONSTITUCIONAL
INEHRM-IIJ



NUESTROS
DERECHOS

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS-UNAM
INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDIOS HISTÓRICOS DE LAS REVOLUCIONES DE MÉXICO
SECRETARÍA DE CULTURA

BIBLIOTECA
CONSTITUCIONAL
INEHRM-IIJ



NUESTROS
DERECHOS

Derechos

de las personas con enfermedades
psiquiátricas

N U E S T R O S D E R E C H O S

CENTENARIO



CONSTITUCIÓN POLÍTICA
DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

CENTENARIO
1917 2017
CONSTITUCIÓN POLÍTICA
DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

COMITÉ PARA LA CONMEMORACIÓN
DEL CENTENARIO DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA
DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

ENRIQUE PEÑA NIETO
Presidente de los Estados Unidos Mexicanos

JESÚS ZAMBRANO GRIJALVA
*Presidente de la Cámara de Diputados
del Congreso de la Unión*

ROBERTO GIL ZUARTH
*Presidente de la Cámara de Senadores
del Congreso de la Unión*

LUIS MARÍA AGUILAR MORALES
*Presidente de la Suprema Corte de Justicia de la Nación
y del Consejo de la Judicatura Federal*

REPRESENTANTES
PODER EJECUTIVO FEDERAL

MIGUEL ÁNGEL OSORIO CHONG
Secretario de Gobernación

RAFAEL TOVAR Y DE TERESA
Secretario de Cultura

PODER LEGISLATIVO FEDERAL

DANIEL ORDOÑEZ HERNÁNDEZ
Diputado Federal

ENRIQUE BURGOS GARCÍA
Senador de la República

PODER JUDICIAL DE LA FEDERACIÓN

JOSÉ RAMÓN COSSÍO DÍAZ
*Ministro de la Suprema Corte
de Justicia de la Nación*

MANUEL ERNESTO SALOMA VERA
*Magistrado Consejero
de la Judicatura Federal*

PATRICIA GALEANA
Secretaria Técnica

CONSEJO ASESOR

Sonia Alcántara Magos
Héctor Fix-Zamudio
Sergio García Ramírez
Olga Hernández Espíndola
Ricardo Pozas Horcasitas

Rolando Cordera Campos
Rogelio Flores Pantoja
Javier Garciadiego
Sergio López Ayllón
Pedro Salazar Ugarte

Héctor Fix-Fierro
José Gamas Torruco
Juan Martín Granados Torres
Aurora Loyo Brambila
Gloria Villegas Moreno

CULTURA
SECRETARÍA DE CULTURA



SECRETARÍA DE CULTURA

Secretario de Cultura
Rafael Tovar y de Teresa



INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDIOS
HISTÓRICOS DE LAS REVOLUCIONES DE MÉXICO

Directora General
Patricia Galeana

Consejo Técnico Consultivo

Fernando Castañeda Sabido

Luis Jáuregui

Álvaro Matute

Érika Pani

Ricardo Pozas Horcasitas

Salvador Rueda Smithers

Rubén Ruiz Guerra

Enrique Semo

Mercedes de Vega Armijo

Gloria Villegas Moreno



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS

Pedro Salazar Ugarte
Director

Francisco Ibarra Palafox
Secretario Académico

SERIE NUESTROS DERECHOS

COORDINACIÓN EDITORIAL

Raúl Márquez Romero
Secretario Técnico

Wendy Vanesa Rocha Cacho
Jefa del Departamento de Publicaciones

Isidro Saucedo
Cuidado de la edición

Isidro Saucedo
Formación en computadora

Jessica Quiterio Padilla
Diseño de interiores

Diana Chagoya González
Diseño de portada

Derechos

de las personas con enfermedades
psiquiátricas

NUESTROS DERECHOS

FERNANDO CANO VALLE
RICARDO NANNI ALVARADO
MÓNICA PANTOJA NIEVES



INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDIOS HISTÓRICOS
DE LAS REVOLUCIONES DE MÉXICO
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS

KGF3242

C35

2016 Cano Valle, Fernando [y otros]

Derechos de las personas con enfermedades psiquiátricas/Fernando Cano Valle, Ricardo Nanni Alvarado, Mónica Pantoja Nieves.

Patricia Galeana, presentación; Pedro Salazar Ugarte, presentación; Miguel Carbonell, prólogo. México, Ciudad de México: Secretaría de Cultura, INEHRM, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2016

xxiii, 110 páginas (Biblioteca Constitucional. Serie Nuestros Derechos)

ISBN de la Colección (obra completa) 978-607-9276-57-7

ISBN de la Serie 978-607-9419-27-1

ISBN 978-607-9419-89-9

1. Derechos humanos-personas con enfermedades psiquiátricas. 2. Enfermedades psiquiátricas-Leyes y legislación-México. 3. Pacientes-Condición jurídica, leyes, legislación, etc.-México I.t. II. ser

Primera edición: 26 de septiembre de 2016

DR © 2016. Universidad Nacional Autónoma de México

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS

Circuito Maestro Mario de la Cueva s/n

Ciudad de la Investigación en Humanidades

Ciudad Universitaria, 04510 Ciudad de México

DR © 2016. INEHRM

Francisco I. Madero, núm. 1, colonia San Ángel

Delegación Álvaro Obregón, 01000 Ciudad de México

Impreso y hecho en México

ISBN Colección Biblioteca Constitucional 978-607-9276-57-7

ISBN Serie Nuestros Derechos 978-607-9419-27-1

ISBN Derechos de las personas con enfermedades psiquiátricas 978-607-9419-89-9

CONTENIDO

XIII	•	Nuestros derechos a través de la historia
	•	Patricia GALEANA
XVII	•	Presentación
	•	Pedro SALAZAR UGARTE
XXI	•	Prólogo
	•	Miguel CARBONELL
1	•	Introducción: derechos de las personas con enfermedades psiquiátricas
	•	Fernando CANO VALLE
11	•	El diagnóstico dual y su manejo
	•	Fernando CANO VALLE
	•	Ricardo NANNI ALVARADO
11	•	I. Introducción
13	•	II. El diagnóstico dual
17	•	III. Bases neurobiológicas e hipótesis etiopatogénicas del diagnóstico dual
18	•	1. Trastornos por uso de sustancias y trastornos afectivos
20	•	2. Trastornos por uso de sustancias y trastornos de ansiedad
21	•	3. Trastornos por uso de sustancias y trastornos psicóticos

22	4. Trastornos por uso de sustancias y trastornos de la personalidad
24	5. Trastornos por uso de sustancias y trastorno por déficit de atención con hiperactividad
24	6. Mecanismos bioquímicos intraneuronales: punto de convergencia
27	IV. Consideraciones clínicas del diagnóstico dual
31	1. Trastornos psicóticos en patología dual
37	2. Trastornos del afecto en patología dual
39	3. Trastornos de ansiedad en patología dual
41	4. Trastornos de la personalidad en patología dual
43	5. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en patología dual
45	6. Trastornos del control de los impulsos y de la impulsividad en patología dual
47	7. Trastornos del sueño en patología dual
48	8. Trastornos de la conducta alimentaria en patología dual
49	9. Disfunciones sexuales en patología dual
51	V. Transición epidemiológica del consumo de sustancias psicotrópicas en México
56	VI. Abordaje del diagnóstico dual
56	1. Generalidades del manejo
61	2. Lineamientos oficiales en México
62	3. Servicios asistenciales dependiendo de la severidad del diagnóstico dual
65	4. Cartera idónea de servicios
67	5. Sistema de Monitoreo de Calidad en la Atención (CICAD/OEA)

69	6. El proceso de rehabilitación y el papel de la familia
71	7. Entrenamiento y competencia clínica en el manejo de pacientes duales
73	VII. Implicaciones bioéticas en el manejo del paciente con diagnóstico dual
76	VIII. Nuevas estrategias para una política pública racional en adicciones
76	1. Considerar la drogadicción principalmente como un problema de salud pública
77	2. La reducción de la demanda debe ser prioritaria
77	3. Informar de la propagación del SIDA y otras enfermedades infecciosas entre los consumidores de drogas por vía intravenosa
78	4. Ocuparse del problema del daño fetal provocado por las drogas adictivas
78	5. Promulgar y cumplir leyes que defiendan las normas sociales
79	6. Considerar las verdaderas actividades delictivas (estén o no relacionadas con las drogas) como un problema inicial de cumplimiento de la ley
79	7. Aumentar los presupuestos para la investigación básica y aplicada
80	8. Diferenciar las políticas para cada droga
81	Testimonio de un trastorno esquizo-afectivo bipolar: poco serio
	Mónica PANTOJA NIEVES
81	I. En cuanto a mi enfermedad
82	1. En 1994

83	2. En 1995
84	3. En 2000
84	4. En 2004
84	5. En 2005
85	II. Laboralmente
86	III. Académicamente
86	IV. Socialmente
86	V. Familia
87	La mal conceptualizada violencia obstétrica y el caso clínico Sheehan
	Fernando CANO VALLE
	Ricardo NANNI ALVARADO
87	I. Introducción
90	II. Marco jurídico de la violencia obstétrica como enfermedad mental
94	III. Violencia obstétrica: conceptualización apropiada
97	IV. Enfoque de derechos humanos a la salud materna
103	El desempeño gubernamental ante acciones de trabajo comunitario por enfermedades mentales en la actualidad
	Fernando CANO VALLE
	Ricardo NANNI ALVARADO
	Mónica PANTOJA NIEVES
111	Presupuesto de Egresos de la Federación 2015. Análisis administrativo económico

NUESTROS DERECHOS A TRAVÉS DE LA HISTORIA

La primera Declaración Universal de los Derechos del Hombre y del Ciudadano proclamó que todos los hombres nacen libres e iguales ante la ley, en la Revolución francesa de 1789. Se exigió al Estado el respeto de todas las libertades y la igualdad jurídica, con la supresión de fueros y privilegios. Antes, los nobles ingleses habían iniciado el proceso de límites a la Monarquía con la Carta Magna de 1215.

Los derechos de los ciudadanos y sus garantías se establecieron desde el *Bill of Rights* de la Revolución inglesa de 1689; la Constitución de Virginia de 1776; las enmiendas o adiciones a la Constitución americana de 1787, y las Constituciones francesas de 1791, 1793 y 1795, así como en todas las Constituciones que se promulgaron a lo largo del siglo XIX.

En México, la Constitución de 1814 estableció los derechos humanos de carácter individual y señaló que “la felicidad del pueblo y de cada uno de los ciudadanos, consiste en el goce de la igualdad, seguridad, propiedad y libertad. La íntegra conservación de estos derechos es el objeto de la institución de los gobiernos y el único fin de las asociaciones políticas”.

El Acta Constitutiva de la Federación de 1824 dispuso que “la nación está obligada a proteger por leyes sabias y justas los derechos del hombre y del ciudadano”, y a lo largo de la Constitución de 1824 se incluyeron diversos derechos fundamentales. Por su parte, la Constitución Federal de 1857 reconoció que “los derechos del hombre son la base y el objeto de las instituciones

sociales. En consecuencia, declara que todas las leyes y todas las autoridades del país deben respetar y sostener las garantías que otorga la presente Constitución”.

Fue en la Constitución mexicana de 1917 donde se estableció por primera vez en el mundo, la obligación del Estado de proteger no sólo los derechos individuales, sino también los derechos sociales de los trabajadores, del campo y de la ciudad.

Después de la Segunda Guerra Mundial, en la Declaración Universal de 1948, se reconocieron no sólo los derechos de los hombres, sino también los de las mujeres como seres humanos. A partir de entonces se han firmado más de cien tratados y convenciones internacionales para el respeto a los derechos humanos de todas las personas.

En nuestro país, en 1990 se creó la Comisión Nacional de Derechos Humanos y en 2011 se hicieron importantes reformas constitucionales en materia de derechos humanos y de amparo,¹ marcando un nuevo paradigma para el respeto y garantía de nuestros derechos.

El artículo 1o. de nuestra Constitución ahora dice a la letra:

☞ En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Asimismo, señala que “las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia”.

También, la fracción I del artículo 103 indica que los tribunales de la federación resolverán toda controversia que se suscite “por normas generales, actos u omisiones de la autoridad que vio-

¹ El 6 y 10 de junio de 2011 se publicaron, respectivamente, en el *Diario Oficial de la Federación*.

len los derechos humanos reconocidos y las garantías otorgadas para su protección por esta Constitución, así como por los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte”.

En el mismo sentido, en 2013, la Suprema Corte de Justicia de la Nación² reiteró que los tratados internacionales en materia de derechos humanos son equiparables a la Constitución.

Ahora, en el marco de la conmemoración del centenario de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México y el Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México de la Secretaría de Educación Pública presentan la actualización de la serie Nuestros Derechos³ con el propósito de contribuir al conocimiento de nuestra carta magna y de las leyes que nos rigen, así como de nuestros derechos y obligaciones.

El *derecho* es el conjunto de normas que regula nuestra convivencia y es el medio para acceder a la justicia. Determina asimismo las funciones del Estado, con el objetivo de lograr el bienestar de la sociedad. La Constitución es la fuente de las normas jurídicas de una sociedad democrática. La cultura de la legalidad garantiza la vigencia del Estado de derecho, esencial para la convivencia social.

Uno de los principales objetivos de la conmemoración del centenario de la Constitución de 1917 es difundir su contenido y concientizar sobre la importancia del cumplimiento de las normas que nos hemos dado, así como reflexionar sobre los mejores mecanismos para hacer efectivos los derechos fundamentales. Conociendo nuestra legislación podremos ejercer mejor nuestros derechos y exigir su observancia.

La serie Nuestros Derechos busca que todos los sectores de la sociedad conozcan tanto los derechos contenidos en la Constitución como en los instrumentos internacionales que nuestro país ha firmado.

² Resolución de la contradicción de tesis 293/2011.

³ La primera edición fue coordinada por la doctora Marcia Muñoz de Alba Medrano y publicada por la LXVIII Legislatura de la Cámara de Diputados y el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM en el 2000.

A través de los volúmenes que componen la serie Nuestros Derechos el lector podrá conocer la conceptualización del derecho y los derechos que otorga nuestro orden jurídico. Entre ellos se encuentran los derechos de las niñas y los niños; las mujeres; las comunidades indígenas; las familias; la comunidad LGTBI (lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex); las personas divorciadas; los inmigrantes; los extranjeros; los trabajadores del campo y de la ciudad; los derechos de propiedad intelectual; los de las personas en reclusión; los detenidos y sujetos a proceso; el derecho al medio ambiente; los derechos de los consumidores, de los arrendatarios, de los usuarios de la banca, de los propietarios y de los creyentes.

Los autores de las obras de la presente serie son destacados especialistas en la rama que abordan. El lector encontrará de forma accesible la explicación de sus derechos de acuerdo con el tema correspondiente, así como los antecedentes y su situación en la legislación nacional e internacional actual. Para identificar cuáles son los procedimientos previstos en la ley y, en su caso, saber ante qué instancias se puede solicitar el asesoramiento necesario para ejercer sus derechos.

Como se establece en el artículo 3o. de la Constitución, la democracia no solamente es una estructura jurídica y un régimen político, sino también “un sistema de vida”.

Patricia GALEANA

*Instituto Nacional de Estudios Históricos
de las Revoluciones de México*

PRESENTACIÓN

La serie Nuestros Derechos nació como una iniciativa desde la academia, en coordinación con las instituciones de representación democrática, para llevar a un público amplio información accesible sobre una cuestión medular: los derechos de los que son titulares las personas en nuestro país. La edición original, como recuerda Miguel Carbonell en el Prólogo que acompaña a los diferentes volúmenes, se remonta al año 2000 cuando, bajo la dirección de Diego Valadés, el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (IIJ-UNAM) se dio a la tarea de coordinar los textos que la componen. Esos trabajos fueron reeditados en 2001 y, ahora, han sido objeto de actualizaciones para esta nueva edición especial que ve la luz en el contexto de los festejos por el centenario de la Constitución de 1917.

Si bien no se trata de un catálogo exhaustivo que abarque la totalidad de derechos de los que somos titulares, la serie ofrece textos sobre derechos emblemáticos y, en cierta medida, poco convencionales. Además lo hace centrando la atención en los titulares de los mismos. Los lectores podrán conocer los derechos de los usuarios de la banca, de los autores, artistas e inventores, de los propietarios o de los consumidores. Pero también, en paralelo, tendrán la posibilidad de conocer derechos de grupos especialmente vulnerables, como es el caso de los migrantes, de las niñas y niños, así como el derecho relativo a la diversidad sexual. Y, en paralelo, si así lo deciden, podrán adentrarse en el abanico de derechos que corresponden a los internos en el sistema penitencia-

rio mexicano, a los creyentes, a los trabajadores en el sistema de salud o a las personas divorciadas.

Así las cosas, se trata de derechos concretos de las personas de a pie. De hecho, como puede observarse, en la serie se ofrece una selección de temas que no pretende brindar una visión abstracta o academicista de los derechos de las personas sino que, por el contrario, se propone evidenciar la dimensión práctica y útil de un tema tan relevante. Por ello los textos se decantan hacia la reconstrucción de los derechos de sujetos concretos y no hacia la reflexión filosófica —sin duda también relevante— sobre lo que son e implican estos bienes jurídicos fundamentales. De esta manera, los libros están destinados a las personas que, en los diferentes roles sociales y circunstancias en los que interactúan con las demás, se convierten en titulares de diversos derechos. Y esas personas somos todos nosotros.

En el origen de la serie descansa una premisa y una preocupación que no han perdido vigencia. La premisa es que los derechos sólo adquieren un sentido y un valor plenos cuando son ejercidos. La preocupación emerge porque muchas personas desconocen cuáles son sus derechos y, por lo mismo, no se encuentran en condiciones de ejercerlos. Así las cosas, el desconocimiento impacta de manera directa en la eficacia de esta agenda estratégica. Y eso compromete el futuro de nuestro país. Si reconocemos que una sociedad civilizada —libre e incluyente— sólo es aquella en la que todas las personas ejercen realmente sus derechos, tenemos que nuestro país está lejos de esa civilidad. Recordemos la distinción propuesta por Avishai Margalit: “...distingo entre una sociedad decente y una civilizada. Una sociedad civilizada es aquella cuyos miembros no se humillan unos a otros, mientras que una sociedad decente es aquella cuyas instituciones no humillan a las personas”.*

Para que esa humillación no se verifique, ni en su dimensión social ni en su dimensión institucional, resulta fundamental que las relaciones de las personas entre sí y las de éstas con el Estado

* Cfr. Margalit, A., *La sociedad decente*, Barcelona, Paidós, 2010, p. 15. Retomo la cita del texto “Sobre decencia, desigualdades y consenso socialdemócrata”, de Rodolfo Vázquez, al que he tenido acceso en versión preliminar.

se ejerzan bajo la lógica de los derechos y no bajo la fuerza de los privilegios. Porque, como ha sostenido Luis Salazar Carrión, sólo así tendremos una sociedad de ciudadanos y no una comunidad de clientelas. Es decir, solamente de esta manera lograremos edificar una sociedad que sea, al mismo tiempo, decente y civilizada.

Esta serie de textos —desde el acotado nicho que corresponde al pensamiento en la construcción de la cultura— quiere incidir en esa dirección. Estamos convencidos de que las dinámicas sociales cambian con el tiempo y sabemos que es posible incidir en la dirección de esas transformaciones. En el Instituto de Investigaciones Jurídicas estamos comprometidos con la agenda de los derechos y, por lo mismo, apostamos por ese parador como horizonte. Ojalá que estos libros sirvan como un medio para sumar aliados para esa causa civilizatoria.

Como adelanté al inicio de estas páginas, esta edición aparece en un momento especial. En febrero de 2017 la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos cumplirá cien años de vigencia, y con ese motivo se han emprendido y se seguirán emprendiendo múltiples iniciativas culturales, políticas y académicas. La finalidad de estos esfuerzos es celebrar al documento constitucional que sentó las bases para la modernización política y social de nuestro país pero, al mismo tiempo, invitar a una reflexión crítica sobre lo que nos falta por hacer. Y nuestro principal pendiente es el de convertir a nuestra sociedad en una verdadera sociedad de derechos. De ahí la relevancia de los textos que usted tiene en sus manos.

La reedición de los trabajos de la serie Nuestros Derechos constituye una de las aportaciones del IIJ-UNAM, en estrecha coordinación con el Comité para la Conmemoración del Centenario de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, para el aniversario constitucional. Nuestros esfuerzos conjuntos, en buena medida, han sido posibles por el talento y el profesionalismo de la doctora Patricia Galeana, secretaria técnica de dicho Comité y directora general del Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México, a quien expreso mi reconocimiento. Lo mismo vale para su equipo de

trabajo y para los autores de los textos y el personal de la Secretaría Técnica del Instituto de Investigaciones Jurídicas, a cargo de Raúl Márquez, quienes han hecho posible esta publicación. Enhorabuena por el esfuerzo y, sobre todo, por el resultado.

Pedro SALAZAR UGARTE
Director IIJ-UNAM

México, D. F., a 20 de julio de 2015

PRÓLOGO

La Universidad Nacional Autónoma de México tiene tres funciones básicas de acuerdo con lo que señala su Ley Orgánica: ejercer la docencia, realizar investigación y difundir la cultura.

No es exagerado señalar que el libro que el lector tiene entre las manos cumple con esos tres propósitos. Sirve a la docencia en la medida en que perfectamente puede ser utilizado en un salón de clases para formar a futuros abogados o a profesionistas de otras ramas de las ciencias sociales; es un producto de investigación dado el alto nivel de su autor, por su calidad de miembro de uno de los institutos de investigaciones jurídicas más prestigiosos a nivel mundial; y a la vez es un ejercicio de difusión de la cultura, puesto que los temas de derechos humanos representan por sí mismos la expresión del desarrollo cultural y moral de la humanidad entera.

El origen de la serie Nuestros Derechos, de la que el presente texto forma parte, se remonta al año 2000, cuando el doctor Diego Valadés, a la sazón director del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, impulsó su primera edición, que alcanzó en poco tiempo varias reimpresiones. Esta segunda edición surge por el impulso y fecunda creatividad del anterior director del Instituto de Investigaciones Jurídicas, el doctor Héctor Fix-Fierro, quien ha sabido aquilatar como es debido las cosas positivas que se habían hecho en las anteriores administraciones de nuestra institución.

Para esta segunda edición le hemos pedido a los autores que actualicen y pongan al día sus textos, pero siempre respetando la idea original en el sentido de que debía tratarse de textos que no excedieran de una determinada extensión, que fueran lo más claros y

pedagógicos que fuera posible y que tuvieran una cierta vocación “práctica”, en el sentido de que no se incluyeran demasiadas reflexiones teóricas o puramente doctrinales, sino que la exposición de cada autor estuviera dirigida a ofrecer fundamentos aplicados para entender el significado y alcance de nuestros derechos en el mundo real.

Hemos aprovechado esta nueva oportunidad de difusión del pensamiento jurídico para incluir temas novedosos, cuyo desarrollo le fue encargado a jóvenes pero ya muy destacados juristas. El resultado queda desde luego a juicio de los lectores.

La tarea realizada a lo largo de más de 70 años por el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM ha permitido ir generando una más sólida —aunque todavía incipiente y sin duda poco robusta— cultura jurídica. Esta colección se propone abonar en esa noble tarea: incidir en el conocimiento y difusión cultural de los derechos que tenemos todas las personas, o bien que tienen las personas que se encuentran en una determinada posición jurídica, derivada de sus relaciones familiares, de su ocupación laboral, de sus preferencias sexuales, de su creatividad, etcétera.

Tienen razón quienes afirman que la forma más impune en que se puede violar un derecho se produce cuando el titular de ese derecho no sabe que lo tiene. Pero también es cierto que el conocimiento de nuestros derechos es un paso indispensable para poder hacerlos efectivos en la práctica.

La escuela, en sus niveles de educación básica y media superior, es un espacio natural de aprendizaje de la cultura jurídica, pero no debemos limitarnos a esa etapa de la vida de las personas. En realidad, sobre nuestros derechos se puede (y se debe) seguir aprendiendo siempre. Es un esfuerzo que debe hacer cada persona y que estamos seguros que valdrá la pena.

Los derechos que tenemos todos conforman la columna vertebral de cualquier sistema democrático y son un excelente indicador del grado de desarrollo de un país. En la medida en que los derechos humanos sean respetados y estén efectivamente garantizados de forma universal, estaremos en posibilidad de elevar de manera muy significativa el nivel de vida de las personas. Una vida que vale la pena vivirse es aquella en la que los derechos más básicos no son violados cotidianamente.

Los derechos humanos nos suministran la posibilidad de alcanzar nuestros planes en la vida, lo que equivale a decir que nos permiten desarrollar toda nuestra potencialidad como seres humanos. En eso consiste la autonomía moral que tenemos las personas, a diferencia de otros seres vivos que habitan sobre la tierra.

Pero además, los derechos humanos le dan contenido al sistema democrático. No es cierto que la democracia se agote o se resuma en los procesos electorales y en las campañas políticas. Las elecciones libres y auténticas son desde luego un requisito de todo sistema democrático, pero no agotan las posibilidades de manifestación de la democracia. Para los seres humanos es tan importante poder votar como tener asegurados el derecho a la salud, a la educación, al medio ambiente, al debido proceso legal, a no ser discriminados o torturados, etcétera. Un gobierno que no respete esos derechos y haga todo lo que esté a su alcance para realizarlos en la práctica no puede llamarse democrático, por más que haya accedido al poder a través de comicios transparentes y competidos.

Por lo tanto, existen muchas y muy buenas razones por las que debemos esforzarnos entre todos para conocer y hacer efectivos nuestros derechos. De esa manera estaremos contribuyendo a elevar la calidad de vida de las personas que habitan en nuestro país y lo haremos también más democrático. En el fondo, de lo que se trata —para decirlo en breve— es de difundir aquello que nos hace mejores personas y que nos permite colectivamente construir sociedades más justas. Vale la pena poner en ello el mayor de nuestros esfuerzos, como lo han hecho todos los autores que han contribuido de manera ejemplar y rigurosa a conformar este nuevo proyecto editorial de la UNAM que ahora ve la luz. Ojalá que se difunda mucho y alcance todos los objetivos que nos propusimos quienes participamos en su creación.

MIGUEL CARBONELL

Coordinador académico de la serie Nuestros Derechos
Investigador en el IIJ-UNAM

Ciudad Universitaria, enero de 2015

INTRODUCCIÓN: DERECHOS DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

FERNANDO CANO VALLE

El doctor Javier Saldaña fue el autor del libro *Derechos del enfermo mental*, que bajo el auspicio de la LVIII Legislatura de la Cámara de Diputados, de la Secretaría de Salud y del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, formó parte de la serie “Nuestros derechos”; de dicha obra se han incorporado algunos de los conceptos que dan pie a retomar —14 años después— el estado del enfermo mental, los derechos del enfermo psiquiátrico, las instituciones responsables de la atención de dichos enfermos y el estado actual de la patología psiquiátrica.

Los procesos mentales patológicos son todavía un gran reto para ser estudiados; es cierto que en dos decenios de la medicina se ha acumulado un número de conocimientos muy amplios; sin embargo, es un hecho verificable la desproporción entre los conocimientos médicos, psicológicos y psiquiátricos, así como la atención de la enfermedad mental.

Es trascendente que el Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México y el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, hayan decidido realizar una coedición

entre ambas instituciones en el marco de la celebración de los 100 años de la Constitución mexicana.

Es conveniente mencionar lo que el doctor Diego Valadés resaltó en su referencia al “Amable lector” mexicano en 2001, a saber, que entre otros aspectos

☞ existe un principio según el cual la ignorancia de la ley no exime de su cumplimiento. De esta manera nadie puede alegar que no cumple con una disposición por el hecho de no conocerla. Sin embargo, sucede que al contrario, muchas veces hay derechos que no se ejercen porque no se les conoce.¹

En el caso de aquellas personas con enfermedades mentales cobra mayor importancia dadas las condiciones particulares del enfermo psiquiátrico.

Hace que su estancia en ciertas instituciones de atención llegue a representar verdaderos infiernos donde día con día su condición de ser humano se ve disminuida a grado tal que preferirían la muerte antes que seguir padeciendo el martirio de tales condiciones.

La razón primordial para que la psicología y la psiquiatría sean consideradas como disciplinas hermanas es que la franca relación entre ambas es irrefutable.

En este sentido, resulta paradójica esta situación de oprobio, ya que mientras México había sido el primero de los países de América Latina en establecer lugares especializados para el tratamiento de enfermos mentales desde la época colonial, y por tanto podría esperarse un mejoramiento tanto en las instalaciones como en los servicios de salud de dichos centros, las condiciones de insalubridad y la falta de un tratamiento médico adecuado en las “granjas de recuperación” del México de finales del siglo XX, demuestran los pocos esfuerzos realizados en este renglón de la

¹ Valadés, Diego, “Amable lector”, en Saldaña, Javier, *Derechos del enfermo mental*, 2a. ed., México, Cámara de Diputados-LVIII Legislatura, 2001, p. XVI.

salud y el consecuente retraso que en la materia se ha producido en los últimos años.

En la actualidad debemos reconocer que el avance en el conocimiento científico se desarrolló mediante una línea continua en la que hay estadios mentales múltiples e intermedios y grandes sombras en la enfermedad mental; al respecto Javier Saldaña menciona que el enfermo mental es aquella persona que por una causa congénita o adquirida, ha sufrido una alteración en sus facultades mentales o síquicas.

La doctrina ha establecido diferentes tipos de enfermedades mentales y de distintos grados. Entre las más importantes podemos destacar las siguientes:

- Psicosis, la cual es una forma de perturbación caracterizada generalmente por los distintos cambios de excitación y depresión del ánimo, y en general de todas las actividades orgánicas.
- Esquizofrenia, que son un grupo de enfermedades mentales caracterizadas por los síntomas siguientes: trastornos del pensamiento (disgregación, pérdidas de la conexión lógica, decadencia mental), ideas delirantes, vivencias de interpretación morbosa (de persecución, de grandeza), perturbaciones del lenguaje (ensalada de palabras, verbigeración, énfasis en el hablar), trastornos sensoriales (alucinaciones, ilusiones, especialmente supuestas voces, y también, en muchos casos, falsas percepciones internas), perturbaciones de los movimientos (amaneramientos, catatonía, flexibilidad cerea y estereotipias)
- Psicosis maniaco-depresiva. Ésta es una especie de psicosis afectiva, psicosis (o locura) cíclica (o circular), ciclotimia, depresión endógena. Psicosis con cuadros patológicos muy diversos, caracterizada principalmente por la presencia de fases depresivas y fases maniáticas de exaltación.²
- Reacciones vivenciales o modos de elaborar anormalmente estímulos emocionales, como son las neurosis (enfermedad que refleja un trastorno del sistema nervioso, sin que el examen anatómico descubra lesiones en dicho sistema), histeria (enfermedad

² Dorsch, F., *Diccionario de psicología*, 8a. ed., Barcelona, Herder, 2008.

caracterizada por una gran variedad de síntomas de carácter funcional y a veces por ataques convulsivos, fobias, angustias, etcétera, que constituyen disturbios psicológicos de la personalidad).

- Oligofrenia, comprensiva de la ideocía, la imbecilidad y la debilidad mental, así como la demencia senil en sus diversas manifestaciones.

La Norma Técnica número 144, para la Prestación de Servicios de Atención Médica en Hospitales Psiquiátricos, establece en sus primeros artículos, particularmente el tercero, en primer lugar la definición de lo que es un hospital psiquiátrico al señalar que es una entidad de salud de segundo o tercer nivel, especializada en la atención de enfermos con trastornos mentales, que lleva a cabo las actividades siguientes:

- Atención psiquiátrica.
- Enseñanza y capacitación, e investigación científica.
- La atención médica, según se desprende del artículo 4o., debe ser de alta calidad, para tal efecto se ha de contar con los siguientes elementos:
- Instalaciones y equipo apropiado para el cumplimiento de sus funciones.
- Recursos humanos suficientes en número y en capacidad técnica.
- Procedimientos para que en el hospital prevalezca un ambiente cordial, técnicamente efectivo y que sea en sí mismo terapéutico.
- Instalaciones y personal para el manejo de urgencias.
- Instalaciones y personal para la consulta externa.
- Recursos para la atención médica de otras enfermedades coincidentes con los padecimientos psiquiátricos, incluyendo el trasla-

do oportuno de los pacientes que lo requieran, a otras unidades de salud.

Las normas y principios de derechos humanos deben formar parte de la convicción de los servidores públicos encargados de hacerlos cumplir, por ello, el respeto a los derechos humanos también debe ser materia de supervisión en los hospitales psiquiátricos por parte de las autoridades sanitarias. En dicha supervisión se deben incluir invariablemente los principios de supremacía de la autonomía de la voluntad del paciente, consentimiento informado, opción menos restrictiva, interés superior de la salud del paciente y del derecho al mejor tratamiento posible.³

¿Los farmacodependientes son inimputables?, se pregunta Javier Saldaña; de esto podemos desprender que, a pesar de que los farmacodependientes forman parte de la especie de personas que padecen una enfermedad relacionada con sus facultades mentales, no son consideradas para el Código Penal como inimputables. Esto se desprende del artículo 67 de dicho ordenamiento que establece lo siguiente: “En el caso de los inimputables, el juzgador dispondrá la medida de tratamiento aplicable en internamiento o en libertad, previo el procedimiento correspondiente”.

Las neurociencias y su indiscutible avance expresan que una primera teoría, modelo de factores comunes, indica que ciertos trastornos psiquiátricos y la dependencia constituyen dos manifestaciones sintomatológicas de un mismo proceso de base, con componentes genéticos y neurobiológicos (vulnerabilidad) similares.

Una segunda hipótesis, modelo de alteración psiquiátrica secundaria al consumo de sustancias, se basa en que la administración continua de drogas provoca cambios neuroadaptativos que llevarían a un trastorno psiquiátrico.

Una hipótesis que concilia las dos primeras propuestas, modelo de consumo de sustancias secundario a una alteración psiquiátrica, propone que las drogas intentan revertir las anomalías basa-

³ “Lineamientos para la preservación de los derechos humanos en los hospitales psiquiátricos”, *Gaceta*, México, CNDH, núm. 60, 1995.

les de la patología psiquiátrica o provocadas como consecuencia del consumo continuo de drogas de abuso.

El modelo bidireccional se basa en que cada uno de los trastornos puede incrementar la vulnerabilidad del otro.

Una última hipótesis se basa en un modelo de independencia biológica entre el trastorno por uso de sustancias y el otro trastorno psiquiátrico.

Si se trata de un internamiento, el sujeto inimputable será internado en la institución correspondiente para su tratamiento.

En caso de que el sentenciado tenga el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos, el juez ordenará también el tratamiento que proceda, por parte de la autoridad sanitaria competente o de otro servicio médico bajo la supervisión de aquélla, independientemente de la ejecución de la pena impuesta por el delito cometido.

Es importante mencionar que el farmacodependiente no puede ser considerado inimputable, ya que a pesar de que el sujeto sea dependiente de alguna sustancia psicotrópica, no ha perdido su capacidad de identificar la sanción consignada en la normativa penal. Empleando lo señalado anteriormente, los farmacodependientes sí conocen las normas que les imponen respetar los valores jurídicamente tutelados en los ordenamientos penales y por tanto se encuentran posibilitados para razonar sobre su proceder intencional.

Por su parte, el artículo 68 señala:

☞ Las personas inimputables podrán ser entregadas por la autoridad judicial o ejecutora, en su caso, a quienes legalmente corresponda hacerse cargo de ellos, siempre que se obliguen a tomar las medidas adecuadas para su tratamiento y vigilancia, garantizando, por cualquier medio y a satisfacción de las mencionadas autoridades, el cumplimiento de las obligaciones contraídas.

Los alienados no deberán ser reclusos en prisiones. En sus traslados se tomarán disposiciones para trasladarlos lo antes posible a establecimientos para enfermos mentales.

Los reclusos que sufran otras enfermedades o anormalidades mentales deberán ser observados y trasladados a instituciones especializadas dirigidas por médicos.

La capacidad jurídica de las personas físicas se adquiere por el nacimiento y se pierde por la muerte; pero desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la ley y se le tiene por nacido para los efectos declarados en el presente Código.

La tutela es un cargo de interés público, del que nadie puede eximirse, sino por causa legítima.

Los autores del presente libro hemos incorporado los antecedentes de la publicación denominada *Derechos del enfermo mental* publicada en el año 2000, con la finalidad de que el lector conozca lo previamente publicado.

Ante lo publicado en el libro de referencia del doctor Saldaña los autores hemos considerado que con el propósito de despejar dudas sobre aquella pregunta ¿los farmacodependientes son imputables? El libro que a continuación presentamos se inicia con el análisis de la patología dual, en qué consiste este concepto y qué representa en el marco nosológico del comportamiento humano. Con base en la experiencia y conocimiento de esta entidad por parte del doctor Ricardo Nanni, connotado psiquiatra especialista en adicciones, se inicia con el estudio de las bases neurobiológicas de este trastorno y su expresión clínica. Hacemos énfasis en el perfil epidemiológico de estos enfermos y su creciente prevalencia. El gran déficit de los servicios asistenciales y más aún la importancia que la normatividad debiera ser sensible y promover políticas específicas para cada droga y patología.

La vulnerabilidad de la persona adicta y el resto de la patología psiquiátrica si bien pudiera ser diferente en su comportamiento humano, hay similitudes entre los trastornos psiquiátricos en particular como pueden ser la depresión o los cuadros psicóticos.

En este sentido es necesario identificar en forma pericial contundente el carácter de inimputable a aquella persona adicta, individualmente, las conductas antecedentes requieren de la mayor profundidad a fin de establecer la terapéutica y el pronóstico más favorables.

En términos generales, se puede postular una primera teoría por la cual el consumo de sustancias sería la causa o un factor predisponente para la aparición de la psicosis. En este sentido, estos individuos tendrían una carga genética predisponente que en presencia de alcohol o LSD, podría manifestarse fenotípicamente como una psicosis. Cuando la patología dual está presente, la carga genética sería común a la esquizofrenia y a la dependencia. Para otros autores determinadas sustancias pueden inducir psicosis *per se*, sin un estado previo de vulnerabilidad genética. Además, existiría una tercera situación por la cual las personas vulnerables que consumen psicoestimulantes o alucinógenos pueden desarrollar una psicosis tóxica por un fenómeno de sensibilización progresiva. Todas estas teorías son compatibles con la observación de que muchos consumidores de cocaína presentan episodios psicóticos transitorios relacionados con el consumo. En estos individuos, el consumo continuo provocaría una sensibilización, traducida por un incremento de la frecuencia de episodios incluso cuando disminuye el uso de cocaína.

Las adicciones como problema psiquiátrico requieren contextualizarse en el marco del humanismo y la ética —donde se hallan inmersas— para formular su mejor abordaje posible. Se pretende la construcción de una sociedad más humana a través de una ética basada en valores naturales y humanos en el espíritu de la razón y la libre investigación a través de las capacidades humanas, como la ciencia.

Asimismo, espera que la libertad personal se combine con la responsabilidad social por lo que se compromete con una educación libre de adoctrinamiento.

La incorporación de los enfermos mentales graves a la comunidad ha incrementado el número de usuarios de sustancias en esta población. Se estima que en los pacientes con esquizofrenia, el riesgo de presentar un trastorno por uso de sustancias a lo largo de la vida es 4.6 veces el de la población general, con una probabilidad de 3.6 veces para el alcohol, 5 veces para cannabis, 6.5 veces para los opiáceos y 13 veces para la cocaína.

El libro sobre los derechos de las personas con enfermedades psiquiátricas, se muestra con un propósito integrador mediante

las bases de la patología dual, se refiere a las bases neurológicas e hipótesis biológicas del diagnóstico dual: en el amplio espectro de la clínica psiquiátrica se describen los principales trastornos que se proyectan en el diagnóstico dual y, dada la importancia epidemiológica en México, se ofrece el abordaje clínico y terapéutico; asimismo, se enfatiza en todo momento la necesidad de nuevas estrategias para una política pública más efectiva en el futuro inmediato.

Mónica Pantoja en forma sutil pero enfática y valiente aborda la discriminación contra las mujeres a una vida libre sin violencia, más aún a la mujer portadora de enfermedad mental, la mujer que padece bipolaridad es blanco de discriminación múltiple como mujer por discapacidad en un sistema patriarcal inadecuado.

El libro recoge un tema de gran importancia referente al término violencia obstétrica que a todas luces se refiere a la prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud.

En los capítulos subsecuentes se abordan aspectos referentes a la violencia contra la mujer; se enfatiza aquello en donde la violencia es una expresión neurobiológica, psiquiátrica y sus consecuencias patológicas. De vital importancia se comenta sobre el vasto marco jurídico internacional que da sustento a la protección contra la violencia relacionada con la salud reproductiva, de ahí que el término “violencia obstétrica” debiera versar como la prevención y la erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en los centros de salud. Los ginecobstetras coinciden en que toda acción médica debe realizarse con estricto apego a los derechos de igualdad, no discriminación y respeto, así como a ser precedida por la disposición de información adecuada y suficiente; también se expresa el desacuerdo en que se le denomina violencia obstétrica a la intervención médica o a la realización de procedimientos operatorios que cuentan con una validación y sustento científico y que demuestran el beneficio en la vida y la salud de la madre y de su hijo.

Se ilustra a continuación mediante la descripción del síndrome de Sheehan un caso clínico de hemorragia posparto que puede representar una complicación, poco frecuente en las mujeres que

presentan hemorragia posparto, y la deficiencia hormonal sintomática que acompaña a esta complicación.

En la parte final del libro se realiza una serie de reflexiones sobre el desempeño gubernamental ante las enfermedades mentales.

El acceso al tratamiento revela el manejo insuficiente, mal distribuido y en donde la mayoría de los pacientes están concentrados en los hospitales psiquiátricos sujetos al bajo presupuesto asignado y la falta de acciones correspondientes.

La ausencia de servicios de atención psiquiátrica con enfoque comunitario integral y multidisciplinario es el gran compromiso del Estado mexicano por cumplir.

El análisis administrativo económico 2015 revela claramente la insuficiencia presupuestaria y la necesidad de replantear nuevas estrategias que puedan partir de la fusión de programas que involucren la patología dual, las adicciones, la salud mental y los secretariados técnicos correspondientes.

Se debe observar que la base en el nuevo párrafo tercero del artículo 1o. constitucional recoge los principios internacionales reconocidos para el adecuado cumplimiento de los derechos humanos, la exigencia de su cumplimiento y eficacia; la progresividad, como principio, apunta la necesidad de que las medidas en torno a los derechos humanos signifiquen avances hacia la consecución de mejores estándares, e implica a su vez la no regresividad, es decir, una vez logrados nuevos avances, no se admiten estancamientos o medidas en retroceso.

Otorgan herramientas entre las que se encuentran:

- a) La interpretación conforme;
- b) El principio pro persona;
- c) Los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad; las obligaciones de prevención, investigación, sanción y reparación de violaciones a los derechos humanos.

EL DIAGNÓSTICO DUAL Y SU MANEJO

Fernando CANO VALLE
Ricardo NANNI ALVARADO

I. INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la historia de la especie humana, el uso experimental de sustancias psicoactivas le ha acompañado, principalmente, en el sendero evolutivo del *homo sapiens* durante los últimos 40 mil años. La motivación para experimentar con estas sustancias probablemente —al igual que ahora— estuvo relacionada, en parte con sus efectos agudos y crónicos sobre el estado de ánimo, con la función cognitiva y la conducta.

Para que la especie sobreviviera fue necesaria, sin duda, la presencia de un sistema neuronal que le permitiese distinguir en el ambiente los estímulos dañinos de aquellos que potencialmente le permitirían la supervivencia. Mediante esta estrategia biológica, el cerebro fue capaz de diferenciar las señales ambientales amenazantes —fuego, oscuridad, etcétera— de otras no amenazantes como las placenteras.⁴ Este sistema neuronal, una vez ac-

⁴ Abarca C. *et al.*, “Cocaine Sensitization and Reward are under the Influence of Circadian Genes and Rhythm”, *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 99 (13), 2002, pp. 9026-9030; Akhisaroglu, M. *et al.*, “Diurnal Rhythms in Cocaine

tivado, nos ha inducido a experimentar sensaciones *agradables* o *desagradables*, que nos han ayudado evolutivamente a decidir la acción que debemos realizar ante un determinado estímulo. Aquellos estímulos esencialmente nocivos, generalmente promueven la actividad de un sistema emocional neuronal de *emociones displacenteras*, lo cual nos permite llegar a la conclusión de que dicho estímulo nos podría dañar y de este modo, ejecutar un acto conductual complejo de huida o ataque, o bien de movilización ante dicho estímulo. Por el contrario, se propone que aquellos estímulos que potencialmente son útiles para la supervivencia, generalmente activan al *sistema de emociones placenteras*, lo cual nos permite concluir que un estímulo puede ser útil y agradable, adoptando conductas de acercamiento y/o búsqueda cada vez que estamos en presencia de ese estímulo o uno similar.⁵ Quizá tras años de exposición a sustancias psicoactivas como especie, nuestro cerebro realizó *modificaciones neuroplásticas* de ajuste, que conllevaron al desarrollo neuroadaptativo de la dependencia o adicción a éstas.

Lo que sí sabemos es que ante la presencia de un objeto incentivo para la supervivencia, el sistema neuronal realiza acciones destinadas a generar un repertorio de sensaciones placenteras y la motivación para obtener y mantener dicho estímulo, quedando consolidadas así en la memoria de tal modo que se refuerzan cada vez que el sistema se activa. Áreas anatomofuncionales cada vez más sensibles y específicas en el procesamiento de la percepción emocional y la *recompensa/reforzamiento* de un cerebro humano cada vez más desarrollado tras el proceso de telencefalización, como la corteza orbital, la amígdala y la corteza del cíngulo, prin-

Sensitization and in Period-1 Levels are Common Across Rodent Species”, *Pharmacol Biochem Behav*, 79 (1), 2004, p. 37.

⁵ Balfour, D. J. *et al.*, “Sensitization of the Mesoaccumbens Dopamine Response to Nicotine”, *Pharmacol Biochem Behav*, 59, 1998, pp. 1021-1030; Benowitz, N. L., “Clinical Pharmacology and Toxicology of Cocaine”, *Pharmacol Toxicol*, 72 (1), 1993, pp. 3-12, 1993; Brazell, M. P. *et al.*, “Acute Administration of Nicotine Increases the in Vivo Extracellular Level of Dopamine, 3, 4-Dihydroxyphenylacetic Acid and Ascorbic Acid Preferentially in the Nucleus Accumbens of the Rat: Comparison with Caudate-Putamen”, *Neuropharmacology*, 29, 1990, pp. 1177-1185.

principalmente. Áreas sin duda relacionadas a través del conectoma humano al hipotálamo, la ínsula, *el núcleo accumbens* y diversos núcleos del tallo cerebral, lo que conforma el intrincado y complejo campo evolutivo de las neurociencias.⁶

II. EL DIAGNÓSTICO DUAL

Múltiples estudios epidemiológicos y clínicos constatan que los pacientes con trastornos psiquiátricos presentan mayor propensión a hacerse dependientes de sustancias. Del mismo modo, la incidencia de trastornos psiquiátricos convencionales es notoriamente superior en sujetos con diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas.

Esta elevada comorbilidad tiene gran trascendencia, desde el punto de vista clínico, diagnóstico y terapéutico, que ha dado lugar a una nueva entidad, cada vez más prevalente en las consultas de salud mental, que se ha denominado *patología, trastorno o diagnóstico dual*. Si bien las relaciones etiológicas y los correlatos neurobiológicos apenas comienzan a dilucidarse, existen aproximaciones etiopatológicas que explican su íntima relación.⁷

En el marco de las relaciones biológicas que determinan el desarrollo de la patología dual, la vulnerabilidad, es decir, la propensión de adquirir este tipo de alteración, desempeña un papel

⁶ Broderick, P. A. *et al.*, “Acute and Subacute Effects of Risperidone and Cocaine on Accumbens Dopamine and Serotonin Release Using in Vivo Microvoltammetry on Line with Open-Field Behavior”, *Prog Neuropsychopharmacol Bio Psychiatry*, 27 (6), 2003, pp. 1037-1054; Carvalho, F. *et al.*, “Molecular Neurobiology of Drug Addiction”, *Annu Rev Med*, 55, 2004, pp. 113-132.

⁷ Álamo, C. *et al.*, “Fundamentos neurobiológicos del trastorno dual: hipótesis etiopatológicas”, en Salvanés, R. y Álamo, C. (eds.), *Avances en patología dual. Aspectos diagnósticos, clínicos, terapéuticos y asistenciales*, Madrid, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá, 1999, pp. 143-162; Álamo, C. *et al.*, “Bases neurobiológicas del trastorno dual: hipótesis etiopatológicas”, en Rubio, G. *et al.* (eds.), *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*, Madrid, Médica Panamericana, 2002, pp. 107-131.

fundamental.⁸ Tomando en consideración el conjunto de datos disponibles en la actualidad, podría hablarse de la existencia de una base común formada por el estrés, el *eje hipotálamo-hipófisis-adrenal* (HHA) y la actividad dopaminérgica mesolímbica en la vulnerabilidad del sujeto al consumo de drogas⁹ y que también estaría implicada, al menos en parte, en la génesis de diferentes trastornos psiquiátricos, de los que los trastornos afectivos son los más conocidos. En concreto, un aumento de la secreción de corticosterona (por ejemplo, ante estímulos estresantes) o una mayor sensibilidad a sus efectos, hecho presente de forma natural en algunos individuos, como en los sujetos deprimidos, determinaría una mayor vulnerabilidad a desarrollar dependencia a través de una potenciación del funcionamiento dopaminérgico mesencefálico. Además, sobre esta base neurobiológica alterada, que determina una mayor vulnerabilidad a padecer una patología dual, hay que destacar también el importante papel que desempeña el estrés como puente de unión entre la psicopatología y el consumo de sustancias psicoactivas.

En relación con las conductas adictivas se ha podido demostrar una correlación directa entre las concentraciones de corticosterona y la conducta de autoadministración de anfetaminas, así como una correlación entre las concentraciones de corticosterona previas a la autoadministración de cocaína y la cantidad de sustancia administrada. Teniendo en consideración esto, se podría concluir que un incremento de las concentraciones de corticosterona o una mayor sensibilidad a la misma, aumentaría la vulnerabilidad a las drogas y sustancias de abuso. Además, el *refuerzo positivo* producido por los corticosteroides sugiere un posible papel de estas sustancias, liberadas por el estrés, en los mecanismos de adaptación. En este sentido, los corticoides liberados por el estrés actuarían fisiológicamente, disminuyendo el *efecto aversivo* de aquél y permitiendo al sujeto enfrentarse a él. Sin embargo, cuando

⁸ Gerra, G. y Zaimovic, A., "Exploring the Biological Relationship Between Substance Use and Psychiatric Disorders", *Curr Opin Psychiatry*, núm. 15, 2002, pp. 269-275.

⁹ Piazza, P. V. y Le Moal, M., "The Role of Stress in Drug Self-Administration", *TIPS*, núm. 19, 1998, pp. 67-74.

existe una hipersensibilidad a la corticosterona, como sucede en sujetos con alto consumo de drogas, el incremento de la hormona predispone al consumo de éstas, haciendo al sujeto más vulnerable a la dependencia.¹⁰ Si consideramos el funcionamiento del eje HHA como elemento básico en la vulnerabilidad del individuo a las sustancias, encontramos elementos comunes en los mecanismos fisiopatológicos presentes en la depresión y su correspondiente modificación por la administración de antidepresivos,¹¹ lo que aporta un argumento más a la hipótesis en la existencia de un sustrato morfológico común en la patología dual. Esta idea viene apoyada además, por la presencia de hiperactividad del eje HHA en la depresión, manifestada por el incremento de las concentraciones plasmáticas, urinarias y en líquido cefalorraquídeo (LCR) de cortisol, aumento de la frecuencia, magnitud y duración de los episodios de secreción de cortisol y de hormona adrenocorticotrófica (ACTH), resistencia a la supresión por dexametasona, aumento de las concentraciones de hormona o factor liberador de corticotropina (CRF) en LCR y disminución del control de retroalimentación negativo de glucocorticoides.¹² Los antidepresivos disminuyen la hiperactividad del eje HHA como resultado de una potenciación del *feed-back* negativo, lo que anormalizaría las concentraciones elevadas de glucocorticoides.

Respecto al circuito dopaminérgico mesocorticolímbico como factor de vulnerabilidad, se sabe que existe una asociación entre la actividad de las proyecciones dopaminérgicas al núcleo *accumbens* asociado a una mayor predisposición a la autoadministración de psicoestimulantes y opiáceos. Esta disregulación ocasiona

¹⁰ Piazza, P. V. y Le Moal, M., "Pathophysiological Basis of Vulnerability to Drug Abuse: Role of an Interaction Between Stress, Glucocorticoids and Dopaminergic Neurons", *Ann Rev Pharmacol Toxicol*, núm. 36, 1996, pp. 359-378.

¹¹ Álamo, C. *et al.*, "Contribución de los antidepresivos y reguladores del humor al conocimiento de las bases neurobiológicas de los trastornos afectivos", *Psiquiatria.com* (revista electrónica), 2 (3), septiembre de 1998.

¹² Diñan, T. G., "Glucocorticoids and the Genesis of Depressive Illness: A Psychobiological Model", *Br J Psychiatry*, 94, 164, pp. 365-371; Price, L. H. *et al.*, "Antiglucocorticoids as Treatments for Depression", *CNS Drugs*, 5, 1996, 311-320; Koob, G. F. y Bloom, F. E., "Cellular and Molecular Basis of Drug Dependence", *Science*, núm. 242, 1988, pp. 715-723.

diferentes cambios neuroadaptativos, algunos conocidos a nivel biomolecular¹³ y clínico, a través de la perpetuación del trastorno a largo plazo.¹⁴ Además, se ha podido comprobar que la corticosterona estimula la actividad dopaminérgica mesencefálica, siendo este efecto mayor en los sujetos predispuestos al consumo de sustancias. Por otro lado, es bien conocida, desde la perspectiva neurobiológica, la disfunción existente en los sistemas de neurotransmisión dopaminérgica en diferentes trastornos psiquiátricos no relacionados con el uso de sustancias, en los que destacan principalmente, los trastornos sicóticos. Al igual que en sujetos dependientes a opiáceos, se ha descrito una tasa elevada de dopamina en el núcleo *accumbens* de individuos esquizofrénicos.¹⁵

En conclusión y tomando en cuenta todos los datos expuestos, podría hablarse de la existencia de una base formada por el estrés, el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y la actividad dopaminérgica mesolímbica en la vulnerabilidad del sujeto al consumo de sustancias que también estaría implicada, al menos en parte, en la génesis de diferentes trastornos psiquiátricos. Por último, hay que destacar el papel de factores genofenotípicos en la vulnerabilidad a la *patología dual*. Los factores genéticos se han puesto de manifiesto, por ejemplo, en el establecimiento de una respuesta individual diferencial a las drogas de abuso entre distintos individuos. Conocido es que el gen que expresa el receptor dopaminérgico D4 (DRD4) está asociado con el desarrollo de conductas adictivas y con rasgos de búsqueda de nuevas sensaciones.¹⁶ Además, la existencia de estos rasgos de temperamento parece constituir un predictor de mala respuesta clínica en sujetos alcohólicos.

¹³ Terwilliger, R. Z. *et al.*, "A General Role for Adaptations in G-Proteins and the Cyclic AMP System in Mediating the Chronic Actions of Morphine and Cocaine on Neuronal Function", *Brain Res*, núm. 548, 1991, pp. 100-110.

¹⁴ Koob, G. F. y Le Moal, M., "Drug Addiction, Dysregulation of Reward, and Allostasis", *Neuropsychopharmacology*, núm. 24, 2001, pp. 97-129.

¹⁵ Nestler, E. J., "Molecular Mechanisms of Drug Addiction in the Mesolimbic Dopamine Pathway", *Semin Neurosci*, núm. 5, 1993, pp. 369-376.

¹⁶ Lusher, J. M. *et al.*, "Dopamine D4 Receptor Gene (DRD4) is Associated with Novelty Seeking (NS) and Substance Abuse: The Saga Continues", *Mol Psychiatry*, núm. 6, 2001, pp. 497-499.

Por otro lado, también se ha demostrado una relación en el gen que expresa el receptor dopaminérgico D2 (DRD2) entre el alcoholismo y los trastornos de la conducta.¹⁷ La identificación de genes que predispongan a los individuos a la patología dual puede facilitar el desarrollo de nuevos agentes terapéuticos, aumentar la capacidad para diagnosticar estos trastornos y permitir adoptar medidas preventivas y terapéuticas en poblaciones particularmente vulnerables a estas patologías. Además de la importancia de los factores genéticos tampoco hay que olvidar la de los factores ambientales, puesta de manifiesto por la capacidad de muchos tratamientos exógenos para alterar las conductas relacionadas con la adquisición y el refuerzo de las drogas.¹⁸ Un ejemplo de ello es el observado con el estrés ambiental que además de activar los receptores dopaminérgicos D2, aumenta las propiedades reforzadoras y la activación locomotora que producen tanto los opiáceos como la cocaína y las anfetaminas.

III. BASES NEUROBIOLÓGICAS E HIPÓTESIS ETIOPATOGÉNICAS DEL DIAGNÓSTICO DUAL

Las relaciones etiopatogénicas entre los trastornos por uso de sustancias y el resto de la patología psiquiátrica, pese a su alta frecuencia, no han sido perfectamente establecidas.¹⁹ Los trastornos por uso de sustancias y el resto de los trastornos psiquiátricos, en particular la depresión, guardan una serie de similitudes neurobiológicas que podrían explicarse a través de diferentes hipótesis.²⁰ Nos permitimos detallar:

¹⁷ Lu, R. B. *et al.*, "Dopamine D2 Receptor Gene (DRD2) is Associated with Alcoholism with Conduct Disorder", *Alcohol Clin Exp Res*, núm. 25, 2001, pp. 177-184.

¹⁸ Álamo, C. *et al.*, "Bases neurofarmacológicas para el abordaje terapéutico de la patología dual", en Salvanés, R. y Álamo, C. (eds.), *Avances en patología dual. Aspectos diagnósticos, clínicos, terapéuticos y asistenciales*, cit., pp. 163-187.

¹⁹ Mueser, K. T. *et al.*, "Dual Diagnosis: A Review of Etiological Theories", *Addictive Behav.*, 23, 1998, pp. 717-734.

²⁰ Markou, A. *et al.*, "Neurobiological Similarities in Depression and Drug Dependence: A Self-Medication Hypothesis", *Neuropsychopharmacology*, núm. 18, 1998, pp. 135-174.

- 1) Una primera teoría, *modelo de factores comunes*, indica que ciertos trastornos psiquiátricos y la dependencia constituyen dos manifestaciones sintomatológicas de un mismo proceso de base, con componentes genéticos y neurobiológicos (vulnerabilidad) similares.
- 2) Una segunda hipótesis, *modelo de alteración psiquiátrica secundaria al consumo de sustancias*, se basa en que la administración continua de drogas provoca cambios neuroadaptativos que llevarían a un trastorno psiquiátrico.
- 3) Una hipótesis que concilia las dos primeras propuestas, *modelo de consumo de sustancias secundario a una alteración psiquiátrica*, propone que las drogas intentan revertir las anomalías basales de la patología psiquiátrica o provocadas como consecuencia del consumo continuo de drogas de abuso.
- 4) El *modelo bidireccional* se basa en que cada uno de los trastornos puede incrementar la vulnerabilidad del otro.
- 5) Una última hipótesis se basa en un *modelo de independencia biológica* entre el trastorno por uso de sustancias y el otro trastorno psiquiátrico.

Las primeras cuatro hipótesis pueden convivir entre sí, ya que existen múltiples mecanismos bioquímicos comunes. La última, en la actualidad, parece tener menor validez debido a su frecuencia de presentación. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud estima que de la población consumidora de sustancias sólo una tercera parte está libre de psicopatología. Desde una perspectiva neurobiológica e incluso clínica, no siempre es fácil encuadrar a un determinado individuo en una de estas hipótesis concretas. Sin embargo, respecto a la *hipótesis unitaria u holística* de la patología dual, que cada vez cobra más trascendencia, existen toda una serie de correlatos biológicos y farmacológicos que lo sustentan y sobre los que deseamos realizar algunas consideraciones a continuación:

1. Trastornos por uso de sustancias y trastornos afectivos

La presencia de síntomas depresivos durante el síndrome de abstinencia a diversas drogas, como el alcohol, los opiáceos, los

psicoestimulantes y la cocaína, es un hecho contrastado.²¹ Es muy significativo que el humor disfórico sea un fenómeno común en la abstinencia y en la depresión, lo que hace pensar que constituye un aspecto de trascendencia en la dependencia a sustancias.²² En este sentido se sabe que la readministración de la sustancia revierte los síntomas, lo que se conoce como *refuerzo negativo*. De hecho, se ha podido constatar que aquellos individuos que exhiben más síntomas depresivos durante la abstinencia a la cocaína obtienen un mayor efecto subjetivo ante una nueva administración de sustancias. Por tanto, la aparición de síntomas depresivos durante la abstinencia constituye un elemento de mayor riesgo para el fracaso del tratamiento de la dependencia a cocaína.

El conocimiento de los mecanismos implicados en los efectos de los antidepresivos puede aportar alguna luz a la neurobiología de la patología dual, a través de la observación de fenómenos adaptativos que guardan relación cronológica con la evolución de la patología depresiva. Entre estos fenómenos, una hipofunción serotoninérgica también se ha descrito durante el síndrome de abstinencia a alcohol, psicoestimulantes y benzodiacepinas, lo que sugiere un elemento común en la patología dual.²³ Además, el citado déficit serotoninérgico podría revertir con la administración de psicoestimulantes o de alcohol, lo que constituye un sustrato potencial para la automedicación de la depresión con estas sustancias.²⁴

En relación con la noradrenalina, hemos de señalar que su implicación en la depresión constituye una teoría clásica, ya que se ha postulado una hipofunción noradrenérgica; sin embargo, en el síndrome de abstinencia a opiáceos y nicotina se observa una hiperfunción noradrenérgica, lo que indicaría un sustrato bioló-

²¹ West, R. y Gossop, M., "Overview: a Comparison of Withdrawal Symptoms from Different Drug Classes", *Addiction*, núm. 89, 1994, pp. 1483-1489.

²² Koob, G. F. *et al.*, "Role for the Mesocortical Dopamine System in the Motivating Effects of Cocaine", *NIDA Res Monogr*, núm. 145, 1994, pp. 1-18.

²³ Hemz, A. *et al.*, "Serotonergic Dysfunction. Negative Mood States, and Response to Alcohol", *Alcohol Clin Exp Res*, núm. 25, 2001, pp. 487-495.

²⁴ First, M. B. *et al.*, *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders Patient Edition (SCID-IP, versión 2.0)*, Nueva York, Biometric Research-New York State Psychiatric Institute, 1995.

gico común entre ciertos tipos de depresión y la dependencia de estas dos sustancias. La dopamina desempeña un papel primordial en los mecanismos de incentivo, recompensa y motivación cerebrales; la observación de una hipofunción dopaminérgico en algunos cuadros depresivos, puede guardar similitud con las modificaciones observadas en las áreas límbicas durante el síndrome de abstinencia a psicoestimulantes, opiáceos y alcohol.²⁵ En términos de automedicación, la administración de psicoestimulantes, etanol u opiáceos podría restaurar el hipotético déficit dopaminérgico observado en la depresión.

2. *Trastornos por uso de sustancias y trastornos de ansiedad*

En este sentido, destaca la observación del funcionamiento gabaérgico en individuos deprimidos que puede justificar la frecuente sintomatología ansiosa que presentan estos sujetos. También se ha podido observar un déficit funcional gabaérgico en el síndrome de abstinencia de benzodiazepinas y alcohol. Como es sabido, la sintomatología ansiosa es mucho más marcada en el síndrome de abstinencia con estas dos sustancias que con otras sustancias de abuso. Por tanto, puede especularse que el déficit funcional gabaérgico contribuye a explicar la ansiedad observada en la depresión y en el síndrome de abstinencia a algunas sustancias²⁶ y que la administración aguda de alcohol o de benzodiazepinas puede constituir un proceso de automedicación, tanto en sujetos ansiosos como en pacientes dependientes. Se sabe que tanto el alcohol como la cocaína son capaces de modular el funcionamiento del CRF (factor de liberación de corticotrofina) y del NPY (neuropéptido Y), por lo que la administración de estas sustancias podría restaurar el desequilibrio de estos dos neurotransmisores. En sujetos con trastornos de ansiedad se han descri-

²⁵ Heiling, M. *et al.*, "Corticotropin-Releasing Factor and Neuropeptide Y: Role Emotional Integration", *Trends Neurosci*, núm. 17, 1994, pp. 80-85.

²⁶ Randall, C. L. *et al.*, "Concurrent Alcoholism and Social Anxiety Disorder: A First Step Toward Developing Effective Treatments", *Alcohol Clin Exp Res*, núm. 25, 2001, pp. 210-220.

to funciones noradrenérgicas, serotoninérgicas y dopaminérgicas en los sistemas de inhibición conductual localizados en el área septohipocámpica y en la amígdala.²⁷ Estos cambios podrían reducir la capacidad de control de impulsos y de percepción de los fenómenos de recompensa, incrementando la vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos por uso de sustancias.²⁸

3. *Trastornos por uso de sustancias y trastornos psicóticos*

En términos generales, se puede postular una primera teoría por la cual el consumo de sustancias sería la causa o un factor predisponente para la aparición de la psicosis.²⁹ En este sentido, estos individuos tendrían una carga genética predisponente que en presencia de alcohol o LSD, podría manifestarse fenotípicamente como una psicosis. Cuando la patología dual está presente, la carga genética sería común a la esquizofrenia y a la dependencia. Para otros autores, determinadas sustancias pueden inducir psicosis *per se*, sin un estado previo de vulnerabilidad genética. Además, existiría una tercera situación por la cual las personas vulnerables que consumen psicoestimulantes o alucinógenos pueden desarrollar una psicosis tóxica por un fenómeno de sensibilización progresiva.³⁰ Todas estas teorías son compatibles con la observación de que muchos consumidores de cocaína presentan episodios psicóticos transitorios relacionados con el consumo. En estos individuos, el consumo continuo provocaría una sensibilización, traducida por un incremento de la frecuencia de episodios incluso cuando disminuye el uso de cocaína. Esta sensibilización puede ser atribuida a un desequilibrio entre los receptores dopaminérgi-

²⁷ Argyropoulos, S. V. *et al.*, “Brain Function in Social Anxiety Disorder”, *Psychiatr Clin North Am*, núm. 24, 2001, pp. 707-722.

²⁸ Enoch, M. A. *et al.*, “Alcohol Use Disorders and Anxiety Disorders: Relation to the P300 Event-Related Potential”, *Alcohol Clin Exp Res*, núm. 25, 2001, pp. 1293-1300.

²⁹ Dixon, L. *et al.*, “Drug Abuse in Schizophrenic Patients: Clinical Correlates and Reasons for Use”, *Am J Psychiatry*, núm. 141, 1991, pp. 224-230.

³⁰ Westermeyer, J., “Schizophrenia and substance Abuse”, en Tasman, A. y Riba, M. B. (eds.), *Review of Psychiatry*, Washington, American Psychiatric Press, vol. 11, 1992.

cos D3 y los receptores D1 y D2, pues se ha observado la mayor afinidad de la cocaína por el receptor D3, responsable del desarrollo de un fenómeno de tolerancia más rápido,³¹ algo parecido a los cambios en el sistema dopaminérgico que tienen lugar en los pacientes esquizofrénicos. Asimismo, el consumo de *cannabis* puede precipitar cuadros psicóticos agudos e incrementar el riesgo de esquizofrenia en sujetos que muestran alto consumo o en personas vulnerables. No obstante, el papel del *cannabis* como factor de riesgo para la esquizofrenia es discutido. La hipótesis de la automedicación es, en la actualidad y dentro de la patología dual del esquizofrénico, la teoría más aceptada.³² De hecho, el consumo de sustancias en la esquizofrenia se ha considerado un ejemplo típico de automedicación, como la observada entre la esquizofrenia y la dependencia del tabaco, donde existe una disregulación de la neurotransmisión colinérgica y dopaminérgica. Además, la nicotina es capaz de estimular las neuronas glutamatérgicas de la corteza prefrontal e incrementar la liberación y el recambio de la dopamina en las vías mesocorticolímbicas.³³ Estas acciones podrían paliar los síntomas negativos de la esquizofrenia, aunque también podrían exacerbar los positivos. Por lo cual el consumo de nicotina podría mejorar el procesamiento de la información sensorial, que suele estar alterado en estos pacientes.

4. Trastornos por uso de sustancias y trastornos de la personalidad

Los trastornos de la personalidad más frecuentemente asociados con los trastornos por uso de sustancias son el trastorno antisocial de la personalidad y el trastorno límite de la personalidad.³⁴

³¹ Richtand, N. M. *et al.*, “D3 Dopamine Receptor, Behavioral Sensitization, and Psychosis”, *Neurosci Biobehav Rev*, núm. 25, 2001, pp. 427-443.

³² Khantzian, E. J., “The Self-Medication Hypothesis of Substance use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications”, *Harvard Rev Psychiatry*, núm. 4, 1997, pp. 231-244.

³³ Ziedoms, D. M. y George, T. P., “Schizophrenia and Nicotine Use: Report of a Pilot Smoking Cessation Program and Review of Neurobiological and Clinical Issues”, *Schizophrenia Bull*, núm. 23, 1997, pp. 247-254.

³⁴ Rounsaville B. J. *et al.*, “Personality Disorders in Substance Abusers: Relation to Substance Use”, *J Nerv Ment Dis*, núm. 186, 1998, pp. 87-95.

Así, mientras diversos autores postulan que la agresividad, la hiperactividad y la impulsividad son rasgos característicos de las personas que desarrollan dependencia a sustancias, otros defienden que el efecto comportamental secundario al consumo compulsivo de sustancias de abuso puede determinar que los diagnósticos de trastorno antisocial y límite se incrementa en 19.2 y 11.2%, respectivamente.³⁵ Independientemente de uno u otro postulado, un reciente estudio, realizado sobre una muestra de 3.360 parejas de gemelos varones incluidos en un registro específico de veteranos de la guerra de Vietnam (*Vietnam Era Twin Registry*), confirma la estrecha relación existente, desde la perspectiva genética, entre el trastorno antisocial de la personalidad y de la dependencia de alcohol y de cannabis.³⁶

Además de la hiperfunción noradrenérgica, relacionada con comportamientos agresivos, en sujetos dependientes con conductas antisociales, también se ha observado déficit del funcionamiento serotoninérgico. Otro correlato biológico, en este sentido, viene dado por la observación de una elevada prevalencia del genotipo SS (*short-short*) para el gen que expresa el transportador de serotonina en sujetos alcohólicos con una conducta agresiva de tipo impulsivo.³⁷ Este genotipo, indicador de la disminución de la función del transportador de la serotonina, vuelve a incidir en la existencia de nexos neurobiológicos comunes en los trastornos por uso de sustancias y de ciertos trastornos de personalidad. No obstante, hay que tener presente la capacidad de algunas sustancias de generar de forma directa un “efecto adverso” paradójico, con conductas violentas y agresivas, sin que exista un sustrato biológico que justifica estas respuestas. Tal puede ser el caso del éxtasis.

³⁵ Fu, Q. *et al.*, “Shared Genetic Risk of Major Depression, Alcohol Dependence, and Marijuana Dependence. Contribution of Antisocial Personality Disorder in Men”, *Arch Gen Psychiatry*, núm. 59, 2002, pp. 1125-1132.

³⁶ Buydens-Branchey, L. *et al.*, “The Meta-Chlorophenylpiperazine Challenge Test in Cocaine Addicts: Hormonal and Psychological Responses”, *Biol Psychiatry*, núm. 41, 1997, pp. 1071-1086.

³⁷ Hallikainen, T. *et al.*, “Association Between Low Activity Serotonin Transporter Promoter Genotype and Early Onset Alcoholism with Habitual Impulsive Violent Behavior”, *Mol Psychiatry*, núm. 4, 1999, pp. 385-388.

5. *Trastornos por uso de sustancias y trastorno por déficit de atención con hiperactividad*

Diversos estudios epidemiológicos han confirmado la elevada prevalencia de antecedentes de trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en sujetos con dependencia y/o abuso de sustancias. Por el contrario, la prevalencia de trastornos por uso de sustancias en pacientes con diagnóstico de trastorno por déficit de atención también es muy elevada. Estos pacientes adultos con síntomas de déficit de atención podrían consumir psicoestimulantes como automedicación para sus síntomas. Al igual que sucede con otros trastornos psiquiátricos, en TDAH y la dependencia a sustancias de abuso comparten anomalías neurobiológicas que podrían explicar la elevada comorbilidad de esta patología dual. Volkow³⁸ ha puesto de manifiesto un hipofuncionamiento dopaminérgico en pacientes con TDAH, en los que se ha podido demostrar una reducción de la dopamina extracelular, así como un incremento de la densidad de los transportadores de dopamina y de las descargas neuronales incontroladas. Posiblemente esta disregulación dopaminérgica pueda contribuir a empeorar la vulnerabilidad en sujetos dependientes, lo que podría explicar la utilización como herramienta de automedicación a los inhibidores de la recaptura de dopamina, como ciertos psicoestimulantes, entre los que se encuentra la cocaína.

6. *Mecanismos bioquímicos intraneuronales: punto de convergencia*

La psicofarmacología ha puesto de manifiesto, en los últimos años, la existencia de mecanismos comunes en las cascadas bioquímicas que tienen lugar en las neuronas de sujetos dependientes a sustancias y de pacientes psiquiátricos tratados con diferentes

³⁸ Volkow, N. D. *et al.*, "Therapeutic Doses of Oral Methylate Significantly Increased Extracellular Dopamine in the Human Brain", *J Neurosci*, núm. 21, 15 de enero de 2001, RC 121.

herramientas psicofarmacológicas, básicamente antidepresivos.³⁹ Independientemente de las interrelaciones que los distintos sistemas de neurotransmisión mantengan con las drogas de abuso en receptores sinápticos, muchas de las secciones de estos neurotransmisores están mediadas por modificaciones bioquímicas que se producen en el interior de las células. Estas modificaciones intracelulares tienen lugar a través de una serie de segundos mensajeros, cuyos fármacos provocan efectos a largo plazo sobre las funciones celulares. Además, el sistema dopaminérgico mesolímbico puede ser uno de los lugares donde estas sustancias provocan la adaptación crónica que, en definitiva, es la responsable de los cambios en periodos largos que mantienen el refuerzo y la conducta de búsqueda, componentes fundamentales de la adicción clínica.⁴⁰ En la actualidad, cada vez son más los datos que ponen de manifiesto un papel de las proteínas G, como las Gi y Go, en las acciones agudas y crónicas de las sustancias de abuso en el sistema dopaminérgico mesolímbico.⁴¹ En primer lugar, la manipulación directa de estas proteínas G en el núcleo *accumbens* regula la conducta de autoadministración de cocaína y de heroína.⁴² Asimismo, se ha podido comprobar que la administración crónica de opiáceos o cocaína provoca una disminución de los niveles de proteína Gi y Go de forma selectiva en el núcleo *accumbens*.

La hipótesis de que la vía de fosforilización de proteínas dependientes del adenosinmonofosfato cíclico (AMPC) regula las propiedades reforzadoras agudas de las sustancias de abuso, es un foco importante de investigación que consiste en la identificación de sustratos proteicos específicos cuya fosforilización medie

³⁹ Hyman, S. E. y Nestler, E. J., "Initiation and Adaptation: A Paradigm for Understanding Psychotropic Drug Action", *Am J Psychiatry*, núm. 153, 1996, pp. 151-162.

⁴⁰ Nestler, E. J. *et al.*, "Drug Addiction: A Model for the Molecular Basis of Neural Plasticity", *Neuron*, núm. 11, 1993, pp. 995-1006.

⁴¹ Brunello, N. y Racagni, G., "Rationale for the Development of Noradrenergic Reuptake Inhibitors", *Hum Psychopharmacol*, núm. 13, 1998, pp. S13-S19.

⁴² Álamo, C. y López-Muñoz, F., "Aspectos neurofarmacológicos de la dependencia a opiáceos", en Valbuena, A. y Álamo, C. (eds.), *Avances en toxicomanías y alcoholismo*, Madrid, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá, 1996, pp. 39-56.

los mecanismos de refuerzo en el eje del área tegmental ventral y núcleo *accumbens* tras la administración de sustancias, tanto de forma aguda como crónica.

Entre los múltiples posibles sustratos implicados en los mecanismos de la drogodependencia debemos también considerar aquellos que están regulando la expresión génica. Dos tipos de evidencias sugieren que la alteración en la expresión génica puede contribuir de forma importante a la consolidación del fenómeno de la drogodependencia.⁴³ En primer lugar, varias proteínas *dianas* (proteínas G, proteínas de la vía de AMPc), identificadas en el sistema dopaminérgico mesolímbico son reguladas por sustancias y esta regulación se produce por medio del RNA mensajero. En segundo lugar, se conoce, desde hace bastantes años, que muchos fenómenos importantes de la adicción, tanto en el ser humano como en el animal de laboratorio, pueden persistir por un periodo prolongado de tiempo e incluso toda la vida, tras la interrupción de la exposición a la sustancia de abuso. Estos estudios se han enfocado hacia una serie de proteínas reguladoras nucleares, denominadas factores de transcripción, que se unen de forma específica a secuencias de ácido desoxirribonucleico (DNA) localizadas en las regiones promotoras de algunos genes y que, en realidad, aumentan o disminuyen la tasa de transcripción de dichos genes. Esta regulación de los factores de transcripción puede alterar la expresión de proteínas *diana* específicas, que serían responsables de los cambios adaptativos de la función celular que conducen a la adicción.⁴⁴ Los factores de transcripción más conocidos son el CREB, el Fos y las proteínas relacionadas. El CREB (*cAMP response element binding protein*) es un factor de

⁴³ Meyer, T. E. y Habener, J. F., "Cyclic Adenosine 3'5'-Monophosphate Response Element-Binding Protein (CREB) and Related Transcription-Activating Deoxyribonucleic Acid-Binding Proteins", *Endocr Rev*, núm. 14, 1993, pp. 269-290.

⁴⁴ Widnell, K. L., "Regulation of CREB Expression: in Vivo Evidence for a Functional Role in Morphine Action in the Nucleus Accumbens", *Exp Ther*, núm. 276, 1996, pp. 306-315.

transcripción encargado de mediar gran parte de las acciones del sistema del AMPc sobre la expresión génica.⁴⁵

Uno de los próximos objetivos de las disciplinas neurocientíficas será determinar qué genes están implicados en estos hechos, así como conocer su relevancia en la etiopatogenia de los diferentes trastornos psiquiátricos, en la respuesta clínica al tratamiento sicofarmacológico y en el fenómeno de la dependencia de las sustancias de abuso. Pese a lo expuesto, desde la perspectiva farmacológica, los tratamientos disponibles en la actualidad para abordar el problema de la adicción, así como el de los principales trastornos psiquiátricos siguen fundamentándose en mecanismos extracelulares, empleándose agonistas parciales o antagonistas de los diferentes neurotransmisores implicados en la etiopatogenia de estos trastornos. Considero que la farmacogenómica abrirá blancos específicos de intervención que sumados a las intervenciones psicosociales nos harán factible un abordaje más eficaz del complejo fenómeno de la patología dual.

IV. CONSIDERACIONES CLÍNICAS DEL DIAGNÓSTICO DUAL

Una característica común de las sustancias psicoactivas con potencial farmacológico adictivo es su capacidad para inducir su consumo *compulsivo, descontrolado* y cada vez en mayor dosis. Este estado es denominado adicción o dependencia. Éste tiende a seguir un curso temporal característico, donde después de etapas en las que el sujeto consume crónicamente estas sustancias, le siguen periodos de abstinencia o no consumo que, a su vez, son seguidos por recaídas en el consumo de la droga, inclusive a mayor dosis. Es en los periodos de abstinencia que los sujetos experimentan un aumento en el deseo y/o apetencia compulsiva de la droga denominado “*craving*” (nomenclatura de uso clínico en inglés), el cual induce que el sujeto vuelva a consumir descontroladamente una droga de abuso (recaídas). De hecho, la adicción

⁴⁵ Nibuya, M. *et al.*, “Chronic Antidepressant Administration Increases the Expression of cAMP Response Element-Binding Protein (CíEB) in Rat Hippocampus”, *J Neurosci*, núm. 16, 1996, pp. 2365-2372.

a un fármaco es considerada una forma de conducta aberrante que se desarrolla gradualmente como respuesta a la exposición repetida a la misma sustancia. Así, concluimos que el consumo con perfil adictivo de una sustancia, genera como alteraciones farmacológicas la tolerancia y sensibilización a la sustancia misma y eventualmente alteraciones conductuales complejas como la dependencia física y psicológica a su consumo y si éste último es suspendido agudamente, se presenta el síndrome de abstinencia y deseo (apetencia) incontrolada por el reconsumo de la sustancia adictiva (*craving*). Finalmente, como complemento a estas alteraciones conductuales, dos procesos están siempre presentes en el consumo adictivo de una sustancia y, de hecho, contribuyen en forma determinante, desde el punto etiológico, para establecer el consumo farmacológico con patrón adictivo de la sustancia. Estos procesos son la *recompensa* (interpretada por el cerebro como una señal positiva intrínseca percibida inmediatamente después de la aplicación del estímulo químico y en el caso de las sustancias adictivas, es placer intenso) y *reforzamiento* (conducta asociada al acto de repetición de administrarse el fármaco, la cual tiende a inducir el consumo reiterado y crónico del mismo).

Ante la presencia del estímulo, el cerebro del sujeto asocia la sensación placentera, la motivación y el repertorio conductual; por lo cual quedan reforzados en la memoria. La corteza orbital, la amígdala y la corteza del cíngulo, son las estructuras que con mayor frecuencia han demostrado su participación en el procesamiento de la percepción emocional y la *recompensa/reforzamiento* en el cerebro humano. Otras estructuras importantes son: el hipotálamo, la ínsula, *el núcleo accumbens* y diversos núcleos del tallo cerebral, predominantemente la sustancia gris periacueductual.⁴⁶ El neurotransmisor que con mayor frecuencia se ha asociado al sistema de recompensa es la dopamina. Los cuerpos de las neuronas dopaminérgicas se encuentran preferentemente

⁴⁶ Silberg, J. *et al.*, “The Influence of Genetic Factors and Life Stress on Depression Among Adolescents Girls”, *Arch Gen Psychiatry*, núm. 56, 1999, pp. 225-232; Piazza, P. V. y Le Moal, M., “Pathophysiological Basis of Vulnerability to Drug Abuse: Role of an Interaction Between Stress, Glucocorticoids and Dopaminergic Neurons”, *Ann Rev Pharmacol Toxicol*, núm. 36, 1996, pp. 359-378.

localizados en el tallo cerebral e hipotálamo. Estos hallazgos han llevado a formular la hipótesis de que la liberación de dopamina y la activación de sus receptores específicos dopaminérgicos son un proceso neuroquímico que le *notifica* al sistema nervioso de la presencia de un evento importante que requiere generar y dirigir una estrategia conductual determinada y colaborar en la “fijación mnésica” o de “memorizar” dicho evento.⁴⁷ La actividad dopaminérgica facilita la reacción conductual pertinente, mediante la inducción de cambios neuronales (*neuroplasticidad*) que permiten almacenar biológicamente (memorizar) las asociaciones entre el estímulo, las sensaciones emotivas, las motivacionales y la conducta realizada. En la siguiente ocasión en que se presente el estímulo, desencadenará esta respuesta y así el organismo podrá responder de manera más efectiva, gracias a la actividad dopaminérgica.⁴⁸ El resultado de este incremento en el umbral de disparo dopaminérgico, desencadena que se requiera mayor cantidad de neurotransmisores para activar los sistemas de neurotransmisión mencionados; estos cambios provocan *la presencia de tolerancia a los efectos de la sustancia*. Este último efecto genera un sistema conductual caracterizado por *la invasión* del consumo de sustancias en la vida cotidiana del sujeto.⁴⁹ Es decir, debido a que se requiere mayor liberación de neurotransmisores para que el *sistema de recompensa* funcione, los estímulos de recompensa naturales no generan la liberación mínima necesaria para alcanzar el umbral de disparo, por lo que el sujeto, mediante mecanismos de asociación, únicamente con abuso de sustancias puede percibir placenteras las situaciones de la vida cotidiana. Estos sujetos comienzan a experimentar *un síndrome de abstinencia* con estados emocionales de valencia negativa (displacentera) caracterizados por irritabilidad crónica, alteraciones en el estado emocional, malestar general, disforia, alexitimia y pérdida de la

⁴⁷ Álamo, C. *et al.*, “Contribución de los antidepresivos y reguladores del humor...”, *cit.*; Difián, T. G., “Glucocorticoids and the Genesis of Depressive Illness: A Psychobiological Model”, *cit.*

⁴⁸ Price, L. H. *et al.*, “Antiglucocorticoids as Treatments for Depression”, *cit.*

⁴⁹ Koob, G. F. y Bloom, F. E., “Cellular and Molecular Basis of Drug Dependence”, *cit.*

capacidad de placer por parte de los estímulos de recompensa naturales; lo anterior tiene íntima relación con la activación del Factor Liberador de Corticotropina (FCR) y del Sistema Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal (HHA).⁵⁰ Una vez desencadenada esta cascada de eventos, los sujetos con adicción quedan proclives a una alteración de los procesos cognitivos emocionales y motivacionales, que favorecen una hipofuncionalidad tanto en lóbulo frontal como en el sistema límbico y esto precipita la *recaída* mediante una toma de decisión impulsiva y poco acertiva.⁵¹ En resumen, las alteraciones en diversos sistemas neuronales, hace proclive a un sujeto que padece de *proceso adictivo* para consumir una determinada sustancia y se perpetúe un ciclo con cada consumo.

Durante las últimas décadas se ha observado un creciente interés por el estudio de las manifestaciones psicopatológicas coexistentes con el consumo de sustancias psicoactivas, posiblemente debido a la alta prevalencia con que aparecen en la población general y en muestras de pacientes, así como a la influencia que pueden ejercer en la evolución y el pronóstico tanto del trastorno adictivo como del trastorno mental. La patología dual también conocida como: *dual diagnosis*, “trastorno dual”, “condición dual” o “dualidad” se refiere a la comorbilidad, concurrencia o concomitancia de un diagnóstico psiquiátrico mayor (en el Eje I y/o Eje II, según el DSM-V), con un trastorno adictológico, generalmente en el orden del consumo patológico y la dependencia. Estos pacientes comórbidos, siempre han acudido a los servicios de atención en salud mental y centros adictológicos, pero no es sino hasta la *última década en que empiezan a ser reconocidos* como una población específica y más o menos homogénea. Sin embargo, por la insuficiente capacitación y sensibilización que tienen una gran parte de los prestadores de servicios salud en el área de patología dual, frecuentemente son rechazados de diversos pro-

⁵⁰ Terwilliger, R. Z. *et al*, “A General Role for Adaptations in G-Proteins and the Cyclic AMP System in Mediating the Chronic Actions of Morphine and Cocaine on Neuronal Function”, *cit*.

⁵¹ Koob, G. F. y Le Moal, M., “Drug Addiction, Dysregulation of Reward, and Allostasis”, *cit*.

gramas y tratamientos, contrarreferidos una y otra vez, o simplemente son ignorados por parecer ser portadores de un pobre pronóstico. El término *dual* parecería hacer mención a cualquier combinación de dos padecimientos, pero en psiquiatría se ha reservado para definir a dichos pacientes por su:

- Alta prevalencia
- Su significado pronóstico
- Formulaciones diagnósticas y toma de decisiones

Describiré a continuación las principales comorbilidades en patología dual:

1. *Trastornos psicóticos en patología dual*

Tanto las manifestaciones clínicas como el tratamiento de los trastornos psicóticos en patología dual constituyen un reto diagnóstico y terapéutico, siendo en ocasiones difícil averiguar si el trastorno psicótico se inicia antes, durante o después del trastorno por abuso de sustancias o si este último se inicia antes, durante o después del trastorno psicótico. En cualquier caso, consideramos que lo importante (lo cual no aplica para toda la patología dual, pero sí en concreto para síntomas psicóticos), es que el tratamiento debe iniciarse aun sin saber si se trata de una intoxicación/abstinencia con síntomas psicóticos, una psicosis inducida o un trastorno psicótico independiente en un paciente con un trastorno por uso de sustancias. Si bien es cierto que tanto las manifestaciones clínicas como el tratamiento tienen aspectos bastante similares en ambos casos, existen diferencias en cuanto a la evolución, con un pronóstico más favorable, *a priori*, en el caso de los trastornos inducidos, hecho que puede permitir al clínico la elección de unos recursos terapéuticos más adecuados para cada paciente. Con la finalidad de facilitar el aprendizaje y poder afianzar el diagnóstico clínico, tomamos la decisión de dividir

este importante tema en dos subapartados, uno dedicado a las manifestaciones clínicas y tratamiento de los trastornos psicóticos inducidos y otro a las manifestaciones clínicas y tratamiento de los pacientes con un trastorno psicótico y por uso de sustancias.

A. *Trastornos psicóticos inducidos*

La clave para realizar el diagnóstico diferencial de abstinencia o intoxicación con psicosis inducidas estriba en el mantenimiento del “juicio de realidad”, es decir, en la percepción del paciente sobre si las alucinaciones y/o delirios son reducibles o no a la lógica. Este tipo de pacientes corresponderían a los que presentan un abuso de sustancias primario con síntomas psiquiátricos, siempre y cuando estas alteraciones psiquiátricas no aparezcan únicamente en el transcurso de un *delirium* o durante la abstinencia y/o intoxicación con juicio de realidad mantenido y existiendo una sustancia etiológicamente relacionada con los síntomas.⁵² Si los síntomas psicóticos se presentan únicamente durante un síndrome confusional o un delirium, se debe diagnosticar sólo el delirium y tratar los síntomas como urgencia médica. El diagnóstico diferencial de este trastorno requiere tres criterios: a) la confirmación de que se ha consumido una sustancia; b) la valoración de que los síntomas psicóticos van más allá de lo que cabría esperar de una intoxicación no complicada o de la abstinencia de la sustancia, y c) indicios de que la sustancia es la causa fisiológica directa de los síntomas psicóticos.

Llegar a la conclusión de que las ideas delirantes y alucinaciones son el resultado del consumo de una sustancia parece relativamente sencillo. Sin embargo, en la práctica clínica puede ser difícil determinar si el uso de sustancias precedió al trastorno psiquiátrico o viceversa. Hasta ahora, la determinación de tóxicos en orina podía ayudar a aclarar el diagnóstico, pero en los últimos tiempos el policonsumo de sustancias, así como la dificultad de determinación de restos en orina de ciertas *drogas de recreo* y el

⁵² Álamo, C. *et al.*, “Bases neurobiológicas del trastorno dual: hipótesis etiopatogénicas”, *cit.*, pp. 155-187.

mantenimiento de los síntomas psicóticos tras la desaparición de la sustancia y, por tanto, de sus efectos directos, complican mucho más este diagnóstico. Asimismo, puede ocurrir que los síntomas psicóticos persistan en el tiempo, ya que muchos pacientes esquizofrénicos presentan un inicio temprano de los síntomas, un curso continuo y suelen utilizar sustancias de forma notablemente persistente, lo que hace difícil determinar si los síntomas psicóticos son debido al uso de sustancias o a la esquizofrenia. El consumo de cocaína, anfetaminas o alcohol aumenta hasta siete veces el riesgo de presentar síntomas psicóticos, por lo que su consumo constituye un factor de riesgo más en la génesis de la esquizofrenia.

El *alcohol* puede producir cuadros psicóticos tanto en la intoxicación como en la abstinencia, aunque en esta última suelen aparecer con mayor frecuencia. La alucinosis alcohólica se asocia con alucinaciones auditivas, sin trastorno de conciencia u orientación, incluyendo ruidos familiares, voces claras o voces amenazantes para el paciente o su familia; en ocasiones pueden ser alucinaciones visuales o táctiles. El paciente suele responder a la alucinación con miedo, ansiedad y agitación. La paranoia alcohólica consiste en importantes ideas delirantes paranoides, en la mayoría de los casos relacionadas con la posible infidelidad del cónyuge.⁵³ La validez del diagnóstico de trastorno psicótico inducido por *cannabis* es controvertida. De hecho, en los últimos años algunos estudios con casos clínicos mantienen su existencia, mientras que los estudios de revisión sistemática siguen negándola.⁵⁴ De cualquier forma, en el trastorno psicótico inducido, las manifestaciones clínicas consisten en aparición de ideas delirantes de tipo autorreferencial, fenómenos de despersonalización, desrealización, elevada ansiedad, posible aparición de alucinaciones visuales y en ocasio-

⁵³ Estruch, R., "Alteraciones del sistema nervioso asociadas al alcoholismo crónico", en Sánchez-Turet, M. (ed.), *Enfermedades y problemas relacionados con el alcohol*, Barcelona, Espaxs, 1999.

⁵⁴ Degenhardt, L. y Hall, W., "Cannabis and Psicosis", *Curr Psychiatry Rep*, núm. 4, 2002, pp. 191-196.

nes auditivas y trastornos de conducta.⁵⁵ La presentación clínica de trastornos psicóticos inducidos por *opiáceos* no es frecuente. Sin embargo, pueden aparecer síntomas psicóticos en programas de desintoxicación o en programas de metadona durante el periodo de reducción de dosis, en pacientes con un trastorno psicótico no detectado hasta entonces. Se han descrito reacciones delirantes y psicóticas crónicas en una minoría de pacientes tras el consumo de *alucinógenos* y en personalidades vulnerables. Suelen cursar con cambios perceptivos, desrealización, despersonalización, sinestesias, miedo a perder el control, ansiedad e ideas referenciales paranoides.⁵⁶ Respecto a los trastornos psicóticos inducidos por *cocaína*, *anfetaminas* y *éxtasis*, en este tipo de pacientes hay que distinguir entre intoxicaciones con síntomas psicóticos y los trastornos inducidos, dado que en los primeros el cuadro suele revertir de forma rápida, mientras que en los segundos los síntomas pueden persistir durante semanas o meses. En las psicosis inducidas, las manifestaciones clínicas simulan las manifestaciones agudas de la esquizofrenia paranoide, con ideas delirantes de persecución y alucinaciones relacionadas con la idea delirante. En el caso de la cocaína pueden presentarse alucinaciones táctiles (insectos debajo de la piel, formicación), conductas estereotipadas, conductas agresivas y labilidad emocional. En las psicosis inducidas por anfetaminas y MDMA (éxtasis), si bien las manifestaciones clínicas más evidentes responden a lo que en la esquizofrenia se denominan síntomas positivos, la sintomatología negativa y afectiva también es relevante. La *ketamina* y la *fenciclidina* (PCP) son antagonistas de los receptores NMDA del sistema glutamatérgico y simulan la sintomatología positiva, negativa y cognitiva que habitualmente aparece en la esquizofrenia.⁵⁷ En el caso de la fen-

⁵⁵ “Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras drogodependencias”, Madrid, Aula Médica, 2000, pp. 95-103.

⁵⁶ Torrens, M. et al., “Alucinógenos, Cannabis, Benzodiazepinas, juego patológico”, en Fernández Miranda, J. J. et al. (eds.), *Actuaciones clínicas en trastornos adictivos*, Madrid, Aula Médica, 2002, pp. 375-419.

⁵⁷ Jansen, K. L. R. y Darracot-Cankovic, R., “The Non Medical Use of Ketamine, Part Two: A Review of Problem Use and Dependence”, *J Psychoactive Drugs*, núm. 33, 2001, pp. 151-158.

ciclidina, se ha observado que el consumo de altas dosis se asocia con la aparición de alteraciones del estado de ánimo, trastornos psicóticos muy similares a la esquizofrenia y cuadros de agresividad e impulsividad, aunque estos últimos más relacionados con la personalidad premórbida del paciente. En el caso de la ketamina, parece existir un síndrome de abstinencia caracterizado por una disminución de la capacidad de atención y memoria (sobre todo para nombres), estado de ánimo elevado, que puede llegar a la irritabilidad e hipervigilancia. Este cuadro puede estar más relacionado con el efecto del metabolito de eliminación retardada (norketamina) que con el propio síndrome de abstinencia. En cuanto a los trastornos psicóticos inducidos por la intoxicación por *gamahidroxibutirato* (GBH), algunos individuos pueden presentar hostilidad, beligerancia y agitación psicomotriz. Se han descrito complicaciones psiquiátricas como delirium, ideación paranoide, depresión y alucinaciones en un reducido número de pacientes.⁵⁸ También se ha descrito un síndrome de abstinencia con insomnio, temblor, ansiedad, confusión, alucinaciones, delirium y taquicardia.⁵⁹ El abuso crónico de *hipnóticos, ansiolíticos y sedantes* puede conducir a un trastorno neuropsicológico. Se ha descrito déficit de memoria, concentración, coordinación motora y rapidez de ejecución. Puede ser difícil distinguir los síntomas de abstinencia de los efectos secundarios propios de estos fármacos. Los síntomas que aparecen en la intoxicación, la abstinencia y el delirium por abstinencia son similares a los que se observan con el alcohol. En la abstinencia de dosis elevadas pueden aparecer síntomas psicóticos, que dificultan aún más el manejo de estos pacientes en interconsultas o servicios de urgencias. Finalmente, existe una importante relación entre la intoxicación por *inhales* y la conducta agresiva y antisocial o la alteración conductual. La intoxicación puede durar de pocos minutos hasta dos horas y

⁵⁸ Teter, Ch. J. y Guthrie, S. K., "A Comprehensive Review of MDMA and GHB: Two Common Club Drugs", *Pharmacotherapy*, núm. 21, 2001, pp. 1486-1513.

⁵⁹ Mcdaniel, Ch. y H. Miotto, K. A., "Gamma Hydroxybutyrate (GHB) and Gammabutyrolactone (GBL) Withdrawal: Five Case Studies", *J Psychoactive Drugs*, núm. 32, 2001, pp. 143-149.

las secuelas psicológicas incluyen déficit en la capacidad de juicio y razonamiento, violencia y síntomas psicóticos.

B. *Esquizofrenia y trastorno por uso de sustancias*

La incorporación de los enfermos mentales graves a la comunidad ha incrementado el número de usuarios de sustancias en esta población. Se estima que en los pacientes con esquizofrenia, el riesgo de presentar un trastorno por uso de sustancias a lo largo de la vida es 4.6 veces el de la población general, con una probabilidad de 3.6 veces para el alcohol, 5 veces para *cannabis*, 6.5 veces para los opiáceos y 13 veces para la cocaína. Las sustancias más consumidas son la nicotina (70-90%), el alcohol y el *cannabis*, seguidas por la cocaína en Estados Unidos y las anfetaminas en Australia, observándose en los últimos años un aumento en la utilización de sustancias por vía intravenosa en los pacientes con esquizofrenia. La probabilidad de que un paciente esquizofrénico presente un trastorno por uso de sustancias se asocia con los mismos factores que en la población general: adultos jóvenes, sexo masculino, desempleo, bajo nivel educativo, historia de personalidad antisocial, trastornos de conducta y problemas familiares.

Las hipótesis más sólidas desde la perspectiva neurobiológica de la asociación de esquizofrenia y trastorno por uso de sustancias son dos: la hipótesis de la automedicación y una segunda en la que el consumo de sustancias sería la causa o un factor predisponente para la aparición de psicosis. Hasta hace relativamente poco tiempo, las razones sobre el incremento del uso de sustancias en la esquizofrenia se basaban en la hipótesis de la automedicación. Si bien la mayoría de los usuarios no utiliza las sustancias para aliviar los síntomas positivos, sí lo hacen para tratar de mitigar los síntomas negativos, los problemas de sueño, la disforia y otros efectos adversos de los antipsicóticos, incluyendo los efectos extrapiramidales. Así, la preferencia por psicoestimulantes que potencian los mecanismos dopaminérgicos puede deberse a un intento de disminuir los efectos sedantes y extrapiramidales de los fármacos antipsicóticos. La segunda teoría postula que la

sustancia es la causa o factor predisponente de la psicosis. En este caso pueden presentarse tres situaciones: a) pacientes con carga genética predisponente, que en presencia de la sustancia se manifestaría fenotípicamente como una psicosis; b) pacientes sin carga genética predisponente, en los que las sustancias *per se* podrían inducir psicosis, y c) personas vulnerables que sometidas a la sustancia repetidamente pueden desarrollar una psicosis por un fenómeno de sensibilización progresiva. El consumo de alucinógenos y psicoestimulantes como factores predisponentes de la psicosis está cada vez más documentado, pero el consumo de *cannabis* como factor de riesgo para la esquizofrenia es motivo de controversia. Sin embargo, está aceptada la relación entre el consumo de *cannabis*, la psicosis y la depresión, pudiendo el consumo de *cannabis* precipitar cuadros psicóticos agudos e incrementar el riesgo de esquizofrenia crónica en personas vulnerables, exacerbando, por lo general, los síntomas. Si bien algunos estudios muestran que el uso de *cannabis* durante la adolescencia incrementa el riesgo de padecer esquizofrenia, es difícil establecer una causalidad directa del *cannabis* con la esquizofrenia. La baja incidencia de la esquizofrenia, el hecho de que la mayoría de los pacientes adictos consumen otras sustancias además de *cannabis* y que los síntomas prodrómicos podrían ser previos al consumo de *cannabis* crean problemas metodológicos y explican la ausencia de evidencias claras. Además, si bien algunos autores han observado mayor utilización de *cannabis* en pacientes con menos síntomas negativos, especialmente en menores de 35 años, la menor gravedad de los pacientes esquizofrénicos con trastorno por uso de sustancias es controvertida.

2. Trastornos del afecto en patología dual

Los trastornos del afecto (trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar, principalmente) que pueden diagnosticarse quizá sean independientes del consumo de drogas y en este sentido es posible diagnosticar cualquiera de los trastornos afectivos incluidos en las distintas clasificaciones psiquiátricas (CIE-10, DSM-V), o

bien estar directamente relacionados con el consumo o la abstinencia de las distintas sustancias, lo que en terminología DSM-V se denomina trastornos del estado de ánimo inducidos. De acuerdo con dichos criterios, debe realizarse el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias cuando, al margen del estado de intoxicación o abstinencia, los síntomas psiquiátricos son importantes y suficientemente graves como para merecer atención clínica independiente y la historia clínica, la exploración física o los resultados de las pruebas de laboratorio evidencian abstinencia o intoxicación. No debe realizarse si los síntomas psiquiátricos ocurren sólo durante el curso de un síndrome confusional (*delirium*). El diagnóstico diferencial entre el trastorno del estado de ánimo inducido y el independiente del trastorno por uso de sustancias es difícil y requiere una evaluación diagnóstica cuidadosa y meticulosa. Se deben considerar varios factores, entre los que destacan el inicio temporal y la secuencia del desarrollo de los síntomas psiquiátricos con respecto a la adicción, los antecedentes psiquiátricos, el curso durante los periodos de abstinencia de drogas, los hallazgos atípicos, el tipo de sustancia y la dosis y los hallazgos clínicos asociados.⁶⁰ La probabilidad de un trastorno psiquiátrico independiente, no inducido por sustancias, aumenta cuando el paciente tiene antecedentes de síntomas psiquiátricos previos no relacionados con sustancias o de aparición previa al inicio del consumo de sustancias; los síntomas persisten más allá del periodo de abstinencia agudo (4 a 6 semanas); los síntomas son poco habituales o exagerados por lo que podría esperarse dado el tipo de sustancia, la dosis y la frecuencia de consumo; no se detectan los hallazgos fisiológicos y conductuales de intoxicación y abstinencia específicos de la sustancia y el inicio de los síntomas es previo a los 45 años.

En poblaciones de dependientes, las diferencias de género en los patrones de comorbilidad psiquiátrica siguen las mismas ten-

⁶⁰ Kranzier, H. R. y Rounsaville, B. J., *Dual Diagnosis and Treatment*, Nueva York, Marcel Dekker, 1998 (revisar el capítulo de “Revisión rápida de evidencias para el abordaje farmacológico”).

dencias que en los grupos de no consumidores de drogas.⁶¹ Así, las mujeres drogodependientes suelen presentar más depresión y trastornos de ansiedad y más trastornos de personalidad límite, mientras que los hombres suelen presentar más trastornos de personalidad antisocial, consumir más heroína y cocaína y tener más problemas legales en relación con el consumo. Además, el trastorno de personalidad antisocial suele asociarse con depresión en esta población (aunque minimizada o negada por el paciente). Entre los dependientes a sustancias con depresión, las mujeres suelen referir la depresión como previa al inicio del consumo de sustancias, mientras que en los hombres suele ser posterior. Se ha visto que estas diferencias de género en la depresión mayor emergen durante la adolescencia. Las adolescentes muestran tasas significativamente más elevadas de depresión que los chicos, posiblemente a consecuencia de una interacción entre los cambios hormonales y los acontecimientos vitales estresantes.

El suicidio constituye una posible consecuencia grave de la depresión en los pacientes con trastorno por uso de sustancias. La presencia de una depresión mayor en pacientes dependientes a sustancias aumenta el riesgo de suicidio, tanto si aparece antes del inicio del trastorno por dependencia —entonces la tentativa suele ser más grave— como si apareciera en los periodos de abstinencia —y los intentos suelen ser más frecuentes o en temporadas de consumo activo—. ⁶² Además, el abuso de alcohol y drogas con frecuencia es un factor de riesgo para facilitar y completar el suicidio.

3. *Trastornos de ansiedad en patología dual*

En los pacientes con patología dual, la comorbilidad de trastornos de ansiedad y uso de sustancias es muy frecuente. Ambos trastornos pueden ser primarios, el trastorno de ansiedad puede

⁶¹ Sinha, R. y Rounsaville, B., “Sex Differences in Depressed Substance Abusers”, *J Clin Psychiatry*, núm. 63, 2002, pp. 616-627.

⁶² Aharonovich, E. *et al.*, “Suicide Attempts in Substance Abusers: Effects of Major Depression in Relation to Substance Use Disorders”, *Am J Psychiatry*, núm. 159, 2002, pp. 1600-1602.

ser secundario (inducido) al consumo de drogas, o viceversa. La relación entre el consumo de sustancias y la ansiedad es controvertida. Se ha planteado que tanto el uso de sustancias como los trastornos de ansiedad pueden ser primarios o secundarios (inducidos). En muchos trabajos está documentada la coexistencia de ambos, pero en ocasiones es muy difícil dilucidar cuál de ellos es el primario. Se han propuesto tres hipótesis explicativas sobre la relación entre ambos trastornos:⁶³

- 1) Los trastornos de ansiedad promueven el uso patológico de alcohol u otras sustancias (por ejemplo, fobia específica, social o agorafobia).
- 2) El uso de alcohol u otras sustancias induce los trastornos de ansiedad (como trastornos de ansiedad generalizada y de angustia).
- 3) Los trastornos de ansiedad y el consumo de sustancias están causados por un tercer factor (alteraciones neuroquímicas y fenómenos del *kindling*).

El trastorno de angustia (o ataque de pánico) se caracteriza por crisis de angustia recidivantes e inesperadas que generan preocupaciones por la posibilidad de sufrir una nueva crisis o por sus consecuencias. Es frecuente el consumo de sustancias en estos pacientes, ya que sustancias como el alcohol, la cocaína o el *cannabis* pueden desencadenar o incrementar la aparición de nuevas crisis. Se ha relacionado la aparición de un trastorno de angustia con el alcoholismo o el abuso de sustancias como la cocaína, *cannabis*, sustancias estimulantes o de síntesis. El consumo de cocaína puede inducir a aparición de crisis de angustia y obligar al paciente a acudir a un servicio de urgencias. En los consumidores de *cannabis* el efecto secundario más frecuente es la aparición de síntomas de ansiedad.⁶⁴

⁶³ Kushner, M. G. *et al.*, “The Relationship Between Anxiety Disorders and Alcohol Use Disorders: A Review of Major Perspectives and Findings”, *Clin Psychol Ver*, núm. 20, 2000, pp. 149-171; Álamo, C. *et al.*, “Bases neurobiológicas del trastorno dual: hipótesis etiopatogénicas”, *cit.*

⁶⁴ Thomas, H. y Lohaus, A., “Modeling Growth and Individual Differences in Spatial Tasks”, *Monogr Soc Res Child Dev*, núm. 58, 1993, pp. 1-191.

Las fobias específicas o simples son fobias restringidas a situaciones muy concretas. El estímulo desencadenante produce la aparición de síntomas de activación neurovegetativa, que pueden llegar a convertirse en auténticas crisis de angustia (ataques de pánico). Son trastornos frecuentes en alcohólicos. En el caso de la fobia social, sus síntomas no suelen solaparse con la intoxicación y abstinencia, por lo que el diagnóstico diferencial es relativamente sencillo. El paciente puede utilizar las sustancias para desinhibirse e intentar controlar los síntomas; sin embargo, el consumo de sustancias a mediano plazo empeora los síntomas, facilita la aparición de mayor aislamiento y dificulta el tratamiento.

En el caso del trastorno obsesivo compulsivo, se presenta una elevada comorbilidad con otros trastornos de ansiedad. También se ha relacionado con el consumo de otras sustancias, especialmente cocaína o mezclas de otros productos. No existe gran solapamiento entre los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y los de la intoxicación o abstinencia de sustancias, por lo que el diagnóstico no suele ser difícil. La comorbilidad empeora el pronóstico y dificulta un adecuado seguimiento del tratamiento, que en estos pacientes debe ser realizado a largo plazo.

Respecto al trastorno de estrés postraumático (TEPT), sus manifestaciones clínicas se pueden modificar por el consumo o la abstinencia de distintas sustancias. Los pensamientos intrusivos pueden aumentar por el uso de sustancias estimulantes, alcohol, alucinógenos, *cannabis* y en la abstinencia de sedantes o estimulantes. Los síntomas de actividad noradrenérgica, como el estado de alerta y activación típicos del TEPT, pueden potenciarse por el consumo de estimulantes o *cannabis* o aparecer en la abstinencia de estas sustancias o de alcohol, opiáceos o benzodiacepinas. En este sentido, las sustancias estimulantes empeoran los síntomas y las de acción depresora los mitigan.

4. Trastornos de la personalidad en patología dual

La Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos (APA), en su *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV-Texto*

Revisado (DSM-IV-TR),⁶⁵ define los trastornos de la personalidad como un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, de inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, con un patrón de estabilidad a lo largo del tiempo y que comporta malestar o perjuicios. El *DSM-IV-TR* reconoce 11 tipos de trastornos de la personalidad diferentes que reagrupa en tres grupos:

Grupo A. Caracterizado por conductas excéntricas o peculiares. Incluye los trastornos de la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico.

Grupo B. Caracterizado por síntomas dramáticos, emocionales y erráticos. Incluye los trastornos de la personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista.

Grupo C. Caracterizado por ansiedad y miedo. Incluye los trastornos de la personalidad por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo.

La asociación más frecuente entre los trastornos por uso de sustancias y de la personalidad tiene lugar con los trastornos del grupo B, especialmente con el trastorno antisocial y el trastorno límite de la personalidad.

La presencia de un trastorno de personalidad comórbido matiza la expresión clínica del cuadro, ya que estos pacientes suelen tener un contacto más precoz con las sustancias y sus manifestaciones clínicas son más graves y complejas. Aunque existen autores que ponen en duda que el hecho de padecer un trastorno de la personalidad comórbido implique necesariamente cronicidad, sí parece existir un consenso unánime en que constituye un marcador de mal pronóstico, asociándose con mayor tasa de consumos, mayor número de tentativas de suicidio, mayor probabilidad de accidentes y mayor problemática legal.⁶⁶ La comorbilidad debe

⁶⁵ American Psychiatric Association, *DSM-IV-TR, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 2002.

⁶⁶ Organización Mundial de la Salud. CIE-10, *Décima revisión de la Clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento*, Madrid, Meditor, 1992.

ser tenuta especialmente en cuenta cuando se aborda el tratamiento del paciente, ya que la presencia de un trastorno de personalidad suele alterar la relación médico-paciente, puesto que estos enfermos toleran mal cualquier tipo de autoridad, incluida la del propio médico. Por otra parte, estos pacientes suelen realizar demandas atípicas a los servicios de salud, con frecuentes consultas a urgencias o en situaciones de crisis. Además, la adherencia o cumplimiento terapéutico suele ser complicada, con repetidas altas voluntarias, abandonos y reingresos.⁶⁷

5. *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en patología dual*

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en niños y adolescentes, con una prevalencia del 3-7%.⁶⁸ Los síntomas que lo definen son la alteración de la atención y del control de los impulsos y la presencia de hiperactividad. Estos síntomas perduran en la vida adulta en el 30-70% de los casos, combinándose frecuentemente con otros problemas psiquiátricos.⁶⁹ En la población general se estima que entre 1 y 4.5% de los adultos presentan un TDAH.⁷⁰ Dentro de las posibles etiologías del TDAH, los factores genéticos parecen tener un papel destacado, ya que pueden explicar aproximadamente el 80% del rasgo hiperactividad-impulsividad-inatención.⁷¹ Los estudios familiares,

⁶⁷ Franco, D., "Trastornos de la personalidad. Psicopatología y diagnóstico diferencial", en Bobes J. (ed.), *Seminario sobre trastornos de conducta, de personalidad y psicóticos en adicciones*, Madrid, Janssen-Cilag, 2000.

⁶⁸ Swanson, J. M. et al., *Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Hyperkinetic Disorder*, Lancet, núm. 351, 1998, pp. 429-433.

⁶⁹ Biederman, J., "Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Life-Span Perspective", *J Clin Psychiatry*, núm. 59, 1998, pp. 4-16.

⁷⁰ Johnston, H. F., "Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults: A Guide. Rockston Ink", *The Progressive Press*, 2002.

⁷¹ Ellison, T. A., "An Overview of Childhood and Adolescent ADHD: Understanding the Complexities of Development into the Adult Years", en Goldstein, S. y Ellison, T. A. (eds.), *Assessment and Intervention. Clinician's Guide to Adult ADHD*, Londres, Academic Press, 2002, pp. 1-24.

de adopción y de gemelos muestran una transmisión familiar del trastorno.⁷² Desde el punto de vista fisiopatológico, se considera que en el TDAH existe una hipofunción monoaminérgica, especialmente dopaminérgica y noradrenérgica, en un circuito que comprendería las regiones cerebrales prefrontales derechas, el núcleo caudado, el globo pálido y el *vermix* cerebeloso. El TDAH puede ocasionar graves alteraciones en la adaptación social y laboral de los pacientes, comportando una disminución de su calidad de vida. Respecto a la población general, estos pacientes presentan más problemas académicos, mayor inestabilidad laboral, más accidentes de tráfico y mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual. Aproximadamente el 60% de las personas adultas con TDAH presentan de forma comórbida otras patologías psiquiátricas, como trastornos depresivos, de la personalidad y de ansiedad, destacando por su frecuencia y repercusiones la asociación con problemas derivados del consumo de alcohol y de otras sustancias.⁷³ La presencia de TDAH en la infancia se ha asociado con mayor riesgo de desarrollar un trastorno por uso de sustancias en la edad adulta respecto a la población general.⁷⁴ Asimismo, los adultos que cumplen criterios de TDAH muestran una mayor frecuencia de trastorno por uso de sustancias.⁷⁵

⁷² Barkley, R. A., *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*, Nueva York, Guilford Press, 1998.

⁷³ Biederman, J. *et al.*, "Patterns of Psychiatric Comorbidity, Cognition, and Psychosocial Functioning in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder", *Am J Psychiatry*, núm. 150, 1993, pp. 1792-1798.

⁷⁴ Mannuza, S. *et al.*, "Adult Psychiatric Status of Hyperactive Boys Grown Up", *Am J Psychiatry*, núm. 155, 1998, pp. 493-498; Sullivan, M. A. y Rudnik-Levin, F., "Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Abuse. Diagnostic and Therapeutic Considerations", *Ann NY Acad Sci*, núm. 931, 2001, pp. 251-270; Wilens, T. E. *et al.*, "Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder with Substance use Disorders", en Brown, T. E. (ed.), *Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults*, Washington, American Psychiatric Press, 2000, pp. 319-339.

⁷⁵ Lynskey, M. T. y Hall, W., "Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorders: Is there a Causal Link?", *Addiction*, núm. 96, 2001, pp. 815-822.

6. Trastornos del control de los impulsos y de la impulsividad en patología dual

La impulsividad, que puede definirse como la predisposición a un patrón de conducta caracterizado por reacciones rápidas, no planificadas, frente a estímulos internos o externos, sin consideración de las posibles consecuencias negativas para sí mismo o para los demás, es un aspecto importante en muchos trastornos psiquiátricos.⁷⁶ La impulsividad se asocia con más frecuencia con determinados trastornos psiquiátricos, como es el caso de los trastornos de personalidad, en particular el trastorno antisocial y el trastorno límite de la personalidad, el trastorno bipolar o los trastornos por uso de sustancias. Asimismo, la impulsividad también parece influir en la respuesta al tratamiento y en la evolución de estos trastornos. El trastorno por uso de sustancias es complejo y se caracteriza por patrones de conducta que no son inherentemente impulsivos, de acuerdo con la definición de impulsividad. Sin embargo, ante la presencia de estrés o de estímulos relacionados con la sustancia objeto de abuso, el individuo a menudo consume de forma súbita, no planificada y sin considerar las posibles consecuencias negativas, generalmente en el contexto de un intenso *craving* o ante la presencia de síntomas de abstinencia.⁷⁷ Así, la impulsividad es un elemento fundamental en el consumo continuo de sustancias en determinados individuos, asociado a una hipofuncionabilidad del lóbulo frontal (hipoperfusión sanguínea e hipometabolismo de glucosa). Además, entre los pacientes con un trastorno por uso de sustancias, tienden a ser más impulsivos los que son dependientes de muchas de ellas, que aquellos con una única dependencia. Por ello y por la importante relación entre la impulsividad y otros trastornos psiquiátricos que a su vez aparecen frecuentemente asociados con

⁷⁶ Moeller, F. G. *et al.*, “Psychiatric Aspects of Impulsivity”, *Am J Psychiatry*, núm. 158, 2001, pp. 1783-1793.

⁷⁷ Jentsch, J. D. y Taylor, J. K., “Impulsivity Resulting from Frontostriatal Dysfunction in Drug Abuse: Implications for the Control of Behavior by Reward-Related Stimuli”, *Psychopharmacology (Berl)*, núm. 146, 1999, pp. 373-390.

los trastornos por uso de sustancias, cabría esperar una mayor incidencia de trastornos por uso de sustancias en individuos con trastorno del control de los impulsos. El trastorno del control de los impulsos asociado con más frecuencia a un trastorno por uso de sustancias es el juego patológico, hasta el punto de que se ha descrito que el 30-80% de los pacientes con un diagnóstico de juego patológico presentan un trastorno por uso de sustancias.⁷⁸ La presencia de otro trastorno psiquiátrico comórbido y en particular de un trastorno por uso de sustancias se asocia con una mayor gravedad de la conducta de juego.⁷⁹ También se ha observado una elevada prevalencia de abuso o dependencia de sustancias en otros trastornos del control de los impulsos, como es el caso de la cleptomanía. Por otro lado, se ha indicado que la prevalencia de trastorno por uso de sustancias es mayor en sujetos con conductas violentas de tipo impulsivo o con un trastorno explosivo intermitente que en la población general.⁸⁰ Asimismo, los pacientes con un trastorno por uso de sustancias presentan tasas superiores de juego patológico y otros trastornos del control de los impulsos que la población general.

7. Trastornos del sueño en patología dual

Los pacientes con trastorno por uso de sustancias cursan con mayor prevalencia de trastornos del sueño que la población general presentando una tercera parte, insomnio grave. Los trastornos del sueño pueden ser previos o posteriores al desarrollo de la dependencia de sustancias. Algunas personas que presentan insomnio pueden utilizar determinadas sustancias, como el alcohol, para inducir el sueño; sin embargo, el consumo excesivo de dichas sustancias suele empeorar el trastorno del sueño a largo plazo.

⁷⁸ Petry, N. M. y Armentano, C., "Prevalence, Assessment, and Treatment of Pathological Gambling: A Review", *Psychiatr Serv*, núm. 50, 1999, pp. 1021-1027.

⁷⁹ Ibañez, A. *et al.*, "Psychiatric Comorbidity in Pathological Gamblers Seeking Treatment", *Am J Psychiatry*, núm. 158, 2001, pp. 1733-1735.

⁸⁰ Brady, K. T. *et al.*, "The Relationship Between Substance Use Disorders, Impulse Control Disorders, and Pathological Aggression", *Am J Addict*, núm. 7, 1998, pp. 221-230.

El alcohol, los opiáceos, los ansiolíticos y los fármacos hipnótico-sedantes pueden inducir el sueño por su efecto de sedación; sin embargo, la calidad del sueño es más pobre. El alcohol puede disminuir la latencia del sueño, pero horas después se puede convertir en un sueño fragmentado por estados de activación (*arousal*). Con el desarrollo de tolerancia se requieren dosis crecientes de benzodiacepinas para conseguir los mismos efectos que inicialmente y tras un consumo excesivo y prolongado, dosis menores a las habituales pueden inducir incluso abstinencia, hecho que puede empeorar el trastorno del sueño. El riesgo de dependencia es directamente proporcional a las dosis y a la duración del tratamiento, pero incluso a dosis terapéuticas, se puede producir dependencia física. Los pacientes con antecedentes de abuso de alcohol o de sustancias presentan mayor riesgo de abuso o dependencia de benzodiacepinas, por lo que estos fármacos deben utilizarse con gran precaución en estos pacientes. En los adultos mayores se han descrito cambios en la arquitectura y calidad del sueño que tienden a incrementar la demanda y el uso prolongado de compuestos hipnóticos. La prevalencia de insomnio aumenta con la edad y con la presencia de trastornos orgánicos, haciendo de los ancianos hospitalizados los mayores consumidores de hipnóticos benzodiacepínicos. A pesar de la recomendación de que los hipnóticos sean utilizados sólo como tratamiento de segunda elección para el insomnio y que en caso de ser prescritos lo sean por cortos periodos de tiempo, en la práctica se suelen utilizar de manera prolongada. Además, cuando se intenta retirar estos fármacos, se produce un insomnio rebote que es mayor con las benzodiacepinas de semivida corta, en comparación con las de semivida prolongada. Este agravamiento del insomnio puede darse incluso con dosis bajas o dosis terapéuticas, debido al desarrollo de tolerancia y dependencia, lo cual a su vez puede inducir a aumentar las dosis o a escoger una benzodiacepina de semivida prolongada, lo que aumenta el riesgo de toxicidad por acumulación en las personas ancianas.⁸¹

⁸¹ Gillin, J. C. *et al.*, "Rebound Insomnia: A Critical Review", *J Clin Psychopharmacology*, núm. 9, 1989, pp. 161-172.

8. Trastornos de la conducta alimentaria en patología dual

Los trastornos de la conducta alimentaria se asocian con frecuencia a los trastornos por uso de sustancias. De hecho, la bulimia nerviosa puede afectar al 8-41% de los pacientes con trastorno por uso de sustancias, mientras que la anorexia nerviosa afecta al 2-10% de estos pacientes.⁸² Entre los factores neurobiológicos comunes, destaca una actividad atípica de los péptidos opioides endógenos, que pueden participar tanto en el control de la conducta alimentaria como en el abuso de alcohol u otras sustancias; también se ha demostrado la implicación de la neurotransmisión gabaérgica, dopaminérgica y serotoninérgica en la fisiopatología de ambos trastornos, especialmente del sistema serotoninérgico, que se ha relacionado con el control de la ingesta alimentaria, el estado de ánimo y la impulsividad. Así, el efecto anorexígeno de los psicoestimulantes, del abuso de alcohol o de opiáceos o por el contrario, el efecto orexizante del *cannabis*, pueden modificar los hábitos de conducta alimentaria de los pacientes dependientes. Además, los trastornos de la conducta alimentaria pueden influir sobre la evolución del trastorno por uso de sustancias y su respuesta al tratamiento. Por ejemplo, el consumo de alcohol puede empeorar la bulimia en pacientes dependientes de alcohol⁸³ y los trastornos por uso de sustancias pueden empeorar el pronóstico de un trastorno bulímico.⁸⁴ Se ha detectado alcoholismo y abuso de sustancias en el 37% de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.⁸⁵ Además, el alcoholismo en primer lugar y los trastornos afectivos en segundo lugar, constituyen los antecedentes familiares más frecuentes entre los parientes de primer y segundo grado de las pacientes bulímicas o anoréxicas-bulímicas. En general, se han observado antecedentes familiares de trastorno

⁸² Holderness, C. C. *et al.*, “Co-Morbidity of Eating Disorders and Substance Abuse: Review of the Literature”, *Int J Eat Disord*, núm. 16, 1994, pp. 1-34.

⁸³ Beary, H. D. *et al.*, “Alcoholism and Eating Disorders in Women of Fertile Age”, *Br J Addiction*, núm. 81, 1986, pp. 685-689.

⁸⁴ Lacey, J. H. y Evans, C. D. H., “The Impulsivity: A Multi-Impulsive Personality Disorder”, *Br J Addiction*, núm. 81, 1986, pp. 641-649.

⁸⁵ Braun, D. L. *et al.*, “Psychiatric Comorbidity in Patients with Eating Disorders”, *Psychol Med*, núm. 24, 1994, pp. 857-859.

por uso de sustancias en el 8-20% de las pacientes diagnosticadas de anorexia nerviosa y en el 8-82% de las pacientes con bulimia.⁸⁶ La bulimia nerviosa y el subtipo de anorexia-bulimia purgativa se asocian a alcoholismo con mayor frecuencia que el subtipo de anorexia nerviosa restrictiva. El grupo de anorexia purgativa se caracteriza por conducta impulsiva con oscilaciones del estado de ánimo, mientras que el de anorexia restrictiva se ha relacionado con conductas compulsivas y controladas. Por el contrario, la bulimia es una conducta adictiva que tiene en común con el trastorno por uso de sustancias el fenómeno de la *pérdida del control*. Después de los trastornos afectivos, el trastorno por uso de sustancias constituye el segundo diagnóstico asociado con más frecuencia con la bulimia. Sin embargo, los trastornos de la conducta alimentaria con una mayor prevalencia entre los trastornos por uso de sustancias son el grupo de los no especificados y entre ellos el trastorno por atracones de comida o incluso los síntomas que no reúnen todos los criterios para ser diagnosticados como verdaderos trastornos de la conducta alimentaria. El trastorno por atracones tiene una prevalencia del 3% en adultos y de hasta el 8% en personas obesas y se asocia a mayor riesgo de obesidad y de problemas médicos.⁸⁷ El sistema opioide endógeno está implicado tanto en la conducta alimentaria como en el abuso de alcohol o de opiáceos. Los agonistas opioides aumentan y los antagonistas disminuyen las propiedades reforzadoras tanto de los alimentos como del alcohol. Además, las concentraciones de opioides endógenos pueden estar alteradas tanto en la anorexia nerviosa como en la bulimia.

9. *Disfunciones sexuales en patología dual*

A pequeñas dosis, muchas sustancias pueden aumentar el rendimiento sexual, ya que disminuyen la inhibición o la ansiedad

⁸⁶ Grilo, C. M. *et al.*, "Eating Disorders and Alcohol Use Disorders", *Alcohol Res Health*, núm. 26, 2002, pp. 151-160.

⁸⁷ Higuchi, S. *et al.*, "Alcoholics with Eating Disorders: Prevalence and Clinical Course", *Br J Psychiatry*, núm. 162, 1993, pp. 403-406.

mediante una elevación transitoria del ánimo. Sin embargo, su consumo continuo puede deteriorar las funciones eréctil, orgásmica y eyaculatoria.

El alcohol puede disminuir la secreción de testosterona, debido a un efecto tóxico directo sobre los testículos. En el hipotálamo puede ocasionar una disminución de la secreción de hormona luteinizante (LH), asociada con una marcada hipoandrogenización y menor respuesta de la LH a la administración de clomifeno o de la hormona liberadora de LH (LHRH). La hiperprolactinemia que se observa con frecuencia en pacientes alcohólicos (con o sin hepatopatía) puede facilitar el desarrollo de hipogonadismo, deterioro de la espermatogenia y atrofia testicular. Además de hipogonadismo, los pacientes alcohólicos pueden presentar signos de hiperestrogenización. Los factores psicológicos individuales, como las preocupaciones sobre rendimiento sexual, baja autoestima, depresión, reacciones emocionales inhibitorias como culpabilidad o vergüenza y también las que afectan a la dinámica de la pareja (percepciones interpersonales, afecto/hostilidad, dominancia/sumisión, dependencia y cohesión de la pareja) pueden influir en el funcionamiento sexual. Los factores orgánicos y los psicológicos pueden interactuar en el desarrollo de los trastornos sexuales en pacientes dependientes.

La cocaína produce un aumento del deseo sexual en la etapa inicial, junto con sensación subjetiva de mayor energía, pero a la larga puede ocasionar una disfunción sexual. La cocaína aumenta la actividad dopaminérgica mediante el bloqueo del transportador y la creencia popular es que aumenta el placer sexual. De hecho, dosis bajas de cocaína pueden aumentar la recompensa sexual por activación límbica y por un retraso en la eyaculación, pero su uso crónico puede deteriorar la función sexual. El 30% de los varones que abusan de cocaína presentan alteraciones de la eyaculación y el 80% de las mujeres refieren una reducción de la recompensa sexual. Además, elevadas dosis de cocaína pueden producir anorgasmia y su consumo prolongado a dosis elevadas puede producir una reducción del deseo sexual. Tras la desaparición del consumo de cocaína se puede producir una reducción del deseo sexual que puede tardar unas tres semanas en mejorar.

El abuso de opiáceos induce también disfunción sexual. En el hombre se produce disminución de la libido, la erección y retraso en la eyaculación, que puede llegar a producir la pérdida completa de la función sexual. Tras la retirada de opiáceos se puede observar mayor frecuencia de erecciones matutinas e incluso eyaculaciones espontáneas, así como una lenta recuperación del deseo sexual, aunque puede persistir la disfunción eréctil y eyaculatoria. El mecanismo de la disfunción sexual podría estar relacionado con una disminución de la hormona luteinizante y de la testosterona debido al aumento de la actividad opioide. Las mujeres dependientes de opiáceos pueden presentar una disminución o un aumento de la libido, anorgasmia y durante la abstinencia a opiáceos, pérdida de la libido.⁸⁸

El *cannabis* puede aumentar la recompensa sexual en algunas personas, pero su consumo prolongado disminuye la concentración de testosterona. Los fármacos hipnótico-sedantes pueden mejorar la respuesta sexual en las personas que la tienen bloqueada por elevados niveles de ansiedad; sin embargo, a largo plazo, el abuso de estos fármacos puede producir una disfunción sexual.

V. TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS EN MÉXICO

El consumo de sustancias psicotrópicas y de toda la gama de fenómenos asociados, representan hoy día el problema de salud pública más importante en México y en el mundo entero. En especial en nuestro país, desde hace una década aproximadamente, la problemática ha empezado a mostrar matices preocupantes. En primer lugar, podemos decir que las sustancias que ya se usaban previamente, como *cannabis*, alcohol etílico y tabaco, se siguen consumiendo bajo *índices más o menos estables* —a pesar de los esfuerzos de las múltiples intervenciones de prevención prodigadas (promoción, educación y protección de la salud) así como de medidas terapéuticas bajo la política de *reducción del daño*—. Por otro lado, tenemos una serie de sustancias *emergentes*, que

⁸⁸ Meston, C. M. y Frohlich, P. F., “The Neurobiology of Sexual Function”, *Arch Gen Psychiatry*, núm. 57, 2000, pp. 1012-1030.

debutan en el panorama epidemiológico de las adicciones con gran fuerza y que en breve se están tornando en un mayúsculo problema para los usuarios, sus familias y la sociedad en su conjunto.⁸⁹ Concretamente la cocaína, en sus diversas formas y modos de uso, ha escalado en un lustro más de 300% en cuanto a su utilización “alguna vez en la vida”, asociándose a consecuencias y secuelas que impactan de modo directo a nuestra sociedad mexicana. Dentro de las sustancias novedosas, tenemos algunas cuyo uso se está difundiendo bajo la denominación “drogas de diseño” —éxtasis, ketamina, GHB, entre otros—; los fármacos de uso médico por prescripción —en especial las benzodiazepinas y algunos psicoestimulantes mayores “lícitos e ilícitos”—, que ya existían desde hace tiempo pero que han aparecido de nueva cuenta, como el metilfenidato, las anfetaminas y las metanfetaminas.⁹⁰ También, tienden a aparecer con más frecuencia distintos tipos de alucinógenos (como el LSD), que en apariencia habían sido poco consumidos en las últimas décadas. Amerita especial atención el hecho de que se comience a reportar usuarios de opiáceos y otras moléculas afines, ya sean semisintéticas y sintéticas en la zona centro de nuestra patria, así como en su población adolescente de secundaria haya un repunte del uso de inhalables. La brecha por género (hombre/mujer) es cada vez *más estrecha* sobre todo cuanto más joven es la muestra que se analiza. Tanto en México como en el mundo, el uso de sustancias psicoactivas se da a edades más tempranas y las complicaciones del mismo se empiezan a suscitar de modo más prematuro.⁹¹

⁸⁹ Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, Instituto Nacional de Salud Pública. Publicación especial, “Encuesta Nacional de Adicciones 2008”, *Reporte de resultados nacionales*, núm. 1, 2009, p. 173.

⁹⁰ Villatoro, J. *et al.*, “Encuesta Nacional de Adicciones 2002”, *Capítulo de drogas*, México, Consejo Nacional contra las Adicciones, CONADIC-Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, INPRFM-Dirección General de Epidemiología, DGE-Instituto Nacional Estadística, Geografía e Informática, INEGI, 2003.

⁹¹ Villatoro, J. *et al.*, “Encuesta de estudiantes de la Ciudad de México 2006. Prevalencias y evolución del consumo de drogas”, *Salud Mental*, 32(4), 2009, pp. 287-297.

Considerando que la motivación para el consumo de cualquier sustancia psicoactiva está relacionada en parte por los efectos agudos y crónicos de las drogas sobre el estado de ánimo, la función cognitiva y la conducta, así como el hecho de que aproximadamente 15% de los consumidores habituales presentan dependencia (o adicción) a la sustancia al considerar que no pueden continuar funcionando de manera óptima en su contexto familiar, laboral, académico o social. Por lo tanto, un 85% de los usuarios pueden estar consumiendo sólo con un patrón de uso o abuso, especialmente para el caso del alcohol en el cual México es caracterizado por su uso nocivo, es decir, por consumirlo no diario, pero cuando lo consumen, se hace en grandes cantidades por ocasión, lo cual *abre una oportunidad* para que a través de las intervenciones de *consejería breve* impartidas tanto por el médico como por la enfermera y/o trabajadora social, pueda incidirse sobre este particular consumo de alcohol por parte de nuestra población nacional, especialmente en adolescentes y adultos jóvenes.⁹²

El incremento en la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias en las diferentes áreas y contextos de la vida de un sujeto, nos obliga a replantear el abordaje de las adicciones desde diversas visiones, más allá del enfoque meramente clínico. Ante lo expuesto resulta importante que las instituciones y los profesionales de la salud, sobre todo los que laboran en el primer nivel de atención, abordemos y tratemos la problemática de adicciones de manera conjunta; en primer lugar conociendo el fenómeno y abordándolo terapéuticamente tanto con fármacos como con intervenciones psicosociales. Cabe subrayar que en nuestro país el consumo de alcohol es el principal problema de adicción, afectando en especial a los adolescentes. Aunque los hombres ingieren mayor cantidad, las mujeres presentan un importante índice de consumo. La diferencia en el índice de dependencia entre hombres y mujeres adolescentes es menor que la encontrada entre la población adulta.⁹³ Por cada tres hombres

⁹² Villatoro, J. *et al.*, “Tendencias del uso de drogas en la Ciudad de México: Encuesta de Estudiantes del 2009”, *Salud Mental*, 34(2), 2011, pp. 81-94.

⁹³ Ortiz, A. *et al.*, “Grupo interinstitucional para el desarrollo del sistema de reporte de información en drogas. Resultados de la Aplicación de la Cédula:

adolescentes que presentan posible dependencia hay una mujer; mientras que en la población adulta por cada seis hombres hay una mujer. Este panorama muestra que el consumo de alcohol es un fenómeno reciente en las mujeres adolescentes, situación que conduce a fortalecer las medidas preventivas dirigidas a esta población: a) retrasar la edad inicio, b) en quienes consumen, promover el consumo responsable que para las mujeres sería que no beban más de 4 copas por ocasión de consumo y en los hombres, no más de 5 copas, y c) educar y concientizar a las nuevas generaciones para que cuando lleguen a la edad legal para consumir alcohol no beban, y si deciden hacerlo, lo hagan en situaciones de menor riesgo.⁹⁴

Bajo ese contexto, las medidas preventivas instrumentadas en diferentes regiones del país dirigidas a toda la población son especialmente prometedoras, como la detección de alcohol en conductores, medida que se debe incluir en carreteras por la alta incidencia de accidentes; supervisar la no venta de alcohol en los horarios establecidos, para reducir su disponibilidad; controlar la densidad de los puntos de venta de alcohol para disminuir el acceso y los problemas relacionados con el alcohol al limitar su consumo; fortalecer la política de impuestos sobre las bebidas alcohólicas.⁹⁵ Establecer claramente que la cerveza, bebida de mayor preferencia de la población, también conduce a la dependencia. Todas estas medidas deben incluirse en los programas preventivos previamente probados que ayuden a la sensibilización y educa-

«Informe Individual sobre Consumo de Drogas», *Tendencias en el área metropolitana*, México, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, núm. 49, noviembre de 2010.

⁹⁴ Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, “Sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones”, *Reporte Nacional 2008*, México, Secretaría de Salud, 2009 (consultado el 29 de julio de 2010).

⁹⁵ Medina Mora, M. E. *et al.*, “Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad”, *Salud Mental*, 24(4), 2001, pp. 3-19; Castro, M. E. *et al.*, “Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil. Tendencias en los últimos 10 años”, *Salud Mental*, núm. 9, 1986, pp. 80-85; Serna, J. de la *et al.*, *Medición del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada*, 1989, México, Anales de la IV Reunión de Investigación, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1991, pp. 183-187.

ción de la población. Por otro lado, observar que el tabaquismo en México se encuentra focalizado entre los adolescentes, adultos jóvenes y las mujeres. A pesar de que la prevalencia de consumo está dada principalmente por fumadores ocasionales o fumadores diarios que consumen en promedio pocos cigarros por día; no hay que perder de vista que no existen niveles seguros de consumo de tabaco o exposición a su humo. La mejor opción es que los fumadores dejen completamente de fumar y que los adolescentes nunca inicien el consumo.⁹⁶

En México, como en el resto del mundo, el consumo de drogas muestra periodos de aumento y periodos de decremento. Hacia 2008 se encontraron crecimientos significativos en el consumo en comparación con lo que ocurría seis años antes; en los tres años siguientes el consumo se estabilizó, no hubo cambios significativos en los índices de consumo en el último año, en la población total estudiada.⁹⁷ Cuando los datos se analizan por género, encontramos un incremento en el consumo de marihuana en los hombres. Al analizar los datos por regiones, este aumento se manifiesta en la región noroccidental (Baja California, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa). En los hombres y en las mujeres el consumo de cocaína se mantuvo estable. El consumo en adolescentes no se modificó, pero en las mujeres, consistentemente con lo observado en 2008, el consumo de marihuana y de cocaína, fue mayor al observado para las mujeres adultas, lo que refleja su incorporación más reciente en el mercado de consumo. Los datos muestran la necesidad de reforzar las acciones desarrolladas para reducir la demanda de drogas; si bien el consumo en general se ha estabilizado, es importante ampliar la política de prevención y tratamiento y dirigir más acciones hacia la población adulta joven.⁹⁸

⁹⁶ Medina Mora, María Elena *et al.*, “Consumo de sustancias con efectos psicotrópicos en la población estudiantil de enseñanza media y media superior de la República Mexicana”, *Salud Mental*, vol. 16, núm. 3, septiembre de 1993, pp. 2-8.

⁹⁷ Encuesta Nacional de Adicciones, 2011.

⁹⁸ Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, Instituto Nacional de Salud Pública, “Publicación especial. El consumo de drogas en México: Resultados

VI. ABORDAJE DEL DIAGNÓSTICO DUAL

1. Generalidades del manejo

Es necesario el manejo farmacológico para tratar los trastornos relacionados con sustancias, pero no garantiza la curación del individuo. Una farmacoterapia adecuada para tratar la patología dual (sicopatología + consumo de sustancias psicoactivas) puede ser de gran utilidad; sin embargo, algunos pacientes con patología dual continúan abusando de sustancias incluso cuando la remisión es total o parcial del trastorno mental. Existen tratamientos farmacológicos específicos para determinados aspectos de la dependencia química y fármacos que alivian los síntomas de abstinencia asociados a la dependencia de sustancias.⁹⁹ Respecto al consumo de sustancias en cuanto al manejo de la supresión, se siguen varias finalidades como:

- Reducción de los síntomas del síndrome de supresión
- Evitar que el paciente desarrolle complicaciones graves al suspender el consumo.
- Restablecer el ritmo funcional del sueño, apetito y actividad física.
- Instituir un régimen higiénico adecuado.

El verdadero reto dentro del manejo de las adicciones es el concerniente al mantenimiento del *no consumo* de forma permanente y consistente a través del tiempo. Dentro del presente apartado, la apetencia o *craving* por el consumo adquiere un valor primordial en el manejo psicofarmacológico revistiendo relevancia el otorgar

de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011”, *Salud Mental*, México, vol. 35, núm. 6, noviembre-diciembre de 2012.

⁹⁹ Marsden, M., “Organizational Structures and the Environmental Context of Drug Abuse Treatment”, *Issue Paper*, Estados Unidos, Heller School Brandeis University, 1998.

seguimiento continuo y permanente.¹⁰⁰ Los objetivos de la fase de mantenimiento son:

- Promover y mantener la sobriedad.
- En caso de no ser posible, promover la ingesta moderada.
- Retroalimentar sobre alternativas para resolver situaciones críticas.
- Corregir los factores precipitantes y asociados.
- Tratar las complicaciones.
- Aplicar estrategias preventivas de recaídas.

Como principios generales,¹⁰¹ el manejo de las adicciones debe considerar que:

- 1) No existe un único tratamiento adecuado para todas las personas.
- 2) Debe poder disponerse inmediatamente del tratamiento.
- 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.

¹⁰⁰ Mc. Lellan, T., “Effectiveness and Cost Effectiveness of Treatment. NIDA-NIH National Conference on Drug Addiction Treatment «From Research to Practice»”, Forum I: The Benefits of Treatment (Abstracts), Estados Unidos, 1998.

¹⁰¹ NIDA, “Other Sources of National Treatment Data”, *Drug Abuse Treatment Study (DATOS) Report*, Estados Unidos, 1998; NIDA, “How Good Is Your Drug Abuse Treatment Program? A Guide to Evaluation. National Institute on Drug Abuse”, *NIH Publication*, Rockville, MD, núms. 93-3609, 1993; NIDA, “Measuring and Improving Cost, Cost-Effectiveness. And Cost-Benefit for Substance Abuse Treatment Programs”, *NIH Publication*, Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse, 1997.

- 5) Para la eficacia de un tratamiento es decisivo seguirlo durante un tiempo adecuado.
- 6) Los consejos (de forma individualizada o en grupo) y otras formas de terapia comportamental, son aspectos 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 los consejos y otras terapias del comportamiento.
- 8) Aquellos sujetos adictos o con abuso de drogas que presentan 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.
- 12) Los programas de tratamiento deben incluir la detección de enfermedades como el SIDA, las hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas 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.

Otro punto fundamental es el abordaje psicoterapéutico en el cual es necesario aclarar y fundamentar el diagnóstico, fijar los objetivos a corto y a largo plazo, así como establecer los términos del contrato terapéutico. La participación de miembros de la familia del paciente es necesaria en el periodo inicial.¹⁰² En esta primera fase el objetivo es lograr el convencimiento del 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 integrar el abandono paulatino de los mecanismos psicológicos de defensa como la negación y la proyección fortaleciendo asi-

¹⁰² Organización Mundial de la Salud, Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, 30o. informe, "Serie de Informes Técnicos 873", Ginebra, 1998; Organización Mundial de la Salud, *Farmacodependencia. Metodología para evaluar el tratamiento y la rehabilitación*, Ginebra, 1988, pp. 3-9.

mismo la conciencia de su autocuidado. Es posible que se hagan evidentes problemas de tipo sexual, familiares u otros, los cuales hay que abordar. También resulta menester auxiliarse en Grupos de Ayuda Mutua del tipo Alcohólicos Anónimos y/o Narcóticos Anónimos para dar contención y reestructurar al paciente y reinsertarlo en las diversos ámbitos de su vida. Con la intervención anterior muchos pacientes terminan el tratamiento o se mantiene en abstinencia, continúan con el trabajo de identificación y resolución de los conflictos intrapsíquicos, y realizan un inventario moral permanente de su actuar cotidiano que reparan diariamente con lo cual ceden las áreas de conflicto y se reintegran a su sociedad. Cabe señalar que siguiendo los lineamientos mencionados, el pronóstico será favorable, sin embargo dentro de la *evolución natural de la enfermedad* está contemplada la reincidencia, tornándose la directriz terapéutica el espaciar dichos cuadros de reincidencia y que cada uno tenga menor duración hasta que remita totalmente.¹⁰³ Otros puntos a considerar (SAMHSA):

- 1) Es necesario estabilizar los síntomas agudos psiquiátricos y/o 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 3 a 6 semanas de duración.
- 3) Hay que tratar de forma eficaz ambos trastornos o no se obtendrá mejoría en ninguna 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 y/o el acceso a recursos asistenciales.
- 4) La psicoterapia de forma aislada no constituye un tratamiento eficaz para los pacientes con patología dual.
- 5) 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.

¹⁰³ Organización Mundial de la Salud, Programa sobre Abuso de Sustancias, *Evaluación de la asistencia dispensada en el tratamiento del abuso de sustancias psicoactivas*, Washington, 1994, pp. 1-19.

- 6) El tratamiento debe tener una frecuencia de 2 a 3 veces por semana en los pacientes en régimen ambulatorio; es recomendable 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 los pacientes con trastornos psiquiátricos y adictivos que en los pacientes con un único trastorno, sin que esto refleje necesariamente fracaso del tratamiento.
- 9) Considerar especialmente las intensas reacciones de transferencia y contratransferencia. Una de las premisas principales del tratamiento es la motivación del paciente o el tratamiento fracasará. Sin embargo, esta motivación para la recuperación debe buscarse en el propio proceso de tratamiento.
- 10) 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.

Es menester considerar que la coexistencia de un trastorno psiquiátrico y el trastorno por dependencia de sustancias, se caracterizan por un mayor número de hospitalizaciones, incremento en la frecuencia de visita a los servicios de urgencias, mayor inestabilidad familiar y marginación social, alta probabilidad de presencia de conducta violenta o ilegal, ideación o conducta suicida, menor cumplimiento de la medicación, peor respuesta al tratamiento y mayores dificultades de acceso a la red asistencial.¹⁰⁴

¹⁰⁴ CICAD, OEA, “Informe final 1a. Reunión de Expertos en Reducción de la Demanda”, Buenos Aires, 1998; CICAD, OEA, “Informe final 2a. Reunión de Expertos en Reducción de la Demanda”, México, 1998; CICAD, OEA, *Resumen Estadístico*, Washington, vol. II, Preliminar. Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre el Consumo de Drogas (SIDUC), 1998; CICAD, OEA, “Compilación de regulaciones referidas al uso indebido de sustancias controladas y al tratamiento y rehabilitación de los afectados por su uso”, Washington, 1998; CICAD, OEA, *Ejemplos de normas de atención*, versión resumida, Washington, 1998.

2. *Lineamientos oficiales en México*

Acorde a la Norma Oficial de la Secretaría de Salud referente a la Detección, Tratamiento y Referencia de las Adicciones de nuestro país, la NOM-028-SSA2-2009, se contemplan tres fases de intervención: recuperación (desintoxicación y estabilización física y mental del sujeto con problemas de adicción), rehabilitación (lograr funcionalidad en las diversas áreas de la vida del sujeto), y reinserción social (volver a *insertar* a la sociedad al sujeto *ya sano* a nivel físico, mental y productivo).¹⁰⁵

En la fase de recuperación, los pacientes son persuadidos, motivados a mantenerse en tratamiento.

Los objetivos de esta fase son:

- 1) Lo fundamental en esta fase es ayudarlo a estabilizar los síntomas agudos de la enfermedad psiquiátrica (disforia, agresividad, ideación suicida, etcétera) y del trastorno por uso de sustancias (intoxicación, abstinencia inicial, convulsiones, etcétera).
- 2) Otro importante objetivo en esta fase es tratar de convencerle de que siga en tratamiento una vez que la crisis haya cedido.
- 3) Manejar la ambivalencia, trabajar la negación sobre ambos trastornos.
- 4) “*Enganchar*” al paciente en la continuidad de su tratamiento son objetivos de esta fase.

Esta fase habitualmente dura varias semanas, pero algunos pacientes pueden requerir más tiempo para la estabilización de ambos trastornos.

Durante la fase de rehabilitación se pretende:

- 1) Psicoeducar en el manejo del deseo de usar sustancias, apoyados en grupos de psicoterapia o en grupos de autoayuda.
- 2) Manejo de situaciones de riesgo.
- 3) Los pacientes aprenden a desarrollar o mejorar habilidades de afrontamiento de problemas intrapersonales o interpersonales, por ejemplo manejar afectos negativos.
- 4) Mejorar su integración social.

¹⁰⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Secretaría de Salud, México, 2011.

- 5) Aprender a manejar sintomatología psiquiátrica persistente.
- 6) Se integra y vuelve a funcionar en las diversas áreas de su vida.
- 7) Aprender a manejar las recaídas mediante la detección de las *señales de alarma*.

Esta fase contempla el primer año de tratamiento.

Finalmente, la fase de reinserción social, también llamada “fase de mantenimiento”, pretende: “consolidar y profundizar en los objetivos de las anteriores fases. Sobre todo esta fase se propone volver a ‘insertar’ al sujeto a la vida como *alguien sano y productivo*”.

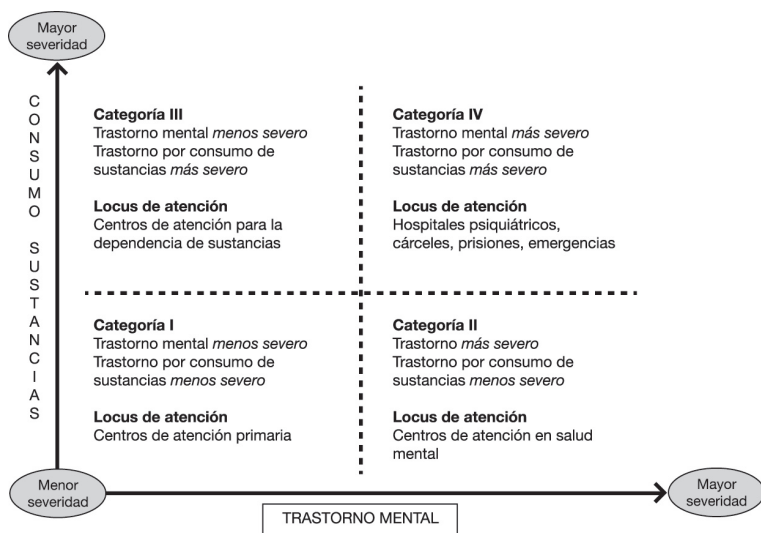
Esta fase se prolonga más allá de un año y para el sujeto su recuperación se maneja como por *toda la vida*. Es necesario contar con grupos de ayuda mutua que proporcionen contención tanto al paciente como a sus familiares.

3. *Servicios asistenciales dependiendo de la severidad del diagnóstico dual*

La elección del tratamiento para los dependientes a sustancias se ha basado generalmente en la experiencia clínica, teniendo en cuenta el tipo y la gravedad de la adicción, la presencia o ausencia de policonsumo, la presencia o ausencia de problemas médicos o psiquiátricos asociados, aspectos culturales y por cuestiones económicas principalmente en nuestro país. Existe otro factor de gran valía, a saber, la existencia de unidades especializadas *ex profeso* para patología dual con disponibilidad de infraestructura y personal para proporcionar servicios eficaces, eficientes y efectivos. Para esto es menester contar con un sistema estratégico de centros asistenciales que atiendan los escenarios de consumo de sustancias puras, psicopatología pura y un modelo donde ambos coexistan. Así, fueron ideados los Cuadrantes de Atención para Manejo de la Patología Dual.¹⁰⁶

¹⁰⁶ Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) and Center for Substance Abuse Center, 2005.

Detallamos a continuación:



FUENTE: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) and Center for Substance Abuse Center, 2005.

Cuadrante o categoría I:

- Este cuadrante incluye a individuos con baja severidad del trastorno mental y baja severidad de la dependencia a sustancias.
- Estos individuos pueden ser atendidos en centros de salud mental o centros para dependencia a sustancias en modalidades ambulatorias. *En México, serían unidades de primer nivel de atención.*

Cuadrante o categoría II:

- Este cuadrante incluye individuos con alta severidad del trastorno mental y baja severidad de la dependencia a sustancias.
- Los pacientes son frecuentemente atendidos en centros de salud mental por la necesidad de brindarles cuidado continuo.

En México, corresponden a UNEMES y/o centros comunitarios de salud mental.

Cuadrante o categoría III:

- Este cuadrante incluye a individuos con baja severidad del trastorno mental y alta severidad de la dependencia a sustancias.
- Los pacientes son frecuentemente atendidos en centros residenciales o ambulatorios para el abuso o dependencia a sustancias en combinación con otros tratamientos. En México corresponden a los centros de atención primaria de las adicciones (CAPA), centros de integración juvenil (CIJ) y centros residenciales de adicciones públicos o privados (algunos conocidos como granjas o anexos).

Cuadrante o categoría IV:

- Este cuadrante incluye a individuos con alta severidad del trastorno mental y alta severidad de la dependencia a sustancias.
- Se divide en dos subgrupos, el primero representa a individuos con Enfermedad Mental Seria y Persistente (EMSP) y con Severo e Inestable Consumo de Sustancias (SICS). El segundo son sujetos con SICS e inestables con problemas de comportamiento (como violencia o suicidio) y que no cumplen con criterios de EMSP. En México, corresponde a hospitales psiquiátricos o reclusorios.

La decisión de referir a un paciente para recibir tratamiento en régimen de hospitalización debe individualizarse. En general, tal tratamiento está indicado en presencia de:

- a) problemas médicos y/o psiquiátricos mayores asociados y su actual o inminente complicación (por ejemplo insuficiencia hepática o depresión con ideación suicida);
- b) abstinencia grave presente o anticipada, particularmente tras el uso prolongado e intenso de depresores del sistema nervioso central;

- 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.

El tratamiento hospitalario puede tener por único objetivo inicial la desintoxicación, seguido por un tratamiento ambulatorio cuando sea posible si es que tiene conciencia de enfermedad el paciente y en caso de no ser así, 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, cursen con una dependencia severa, tengan trastornos físicos o mentales acompañantes, incluyendo el deterioro orgánico o hayan recaído rápidamente tras episodios previos de desintoxicación en régimen de ingreso o ambulatorio, o bien, en sujetos que ponen en riesgo su integridad o la de las personas que les rodean.¹⁰⁷

4. *Cartera idónea de servicios*

Para efecto de relacionar los servicios con que debe de contar una unidad de atención de adicciones,¹⁰⁸ se divide en cuatro aspectos (Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías):

A. Desintoxicación y manejo del síndrome de abstinencia

Atención de urgencia para todo cuadro de intoxicación, sobredosis o abstinencia de cualquier sustancia psicoactiva, tanto lícitas (esencialmente el alcohol) como ilícitas y también aquellas que constituyen categorías específicas por su naturaleza, como los inhalables y los medicamentos tranquilizantes y/o estimulantes

¹⁰⁷ Leshner, A., *National Study offer Strong Evidence of the Effectiveness of Drug Abuse Treatment*, Estados Unidos, NIDA notes, vol. 12 núm. 5.

¹⁰⁸ EMCDDA, “Informe Europeo sobre Drogas”, 2013.

abusados fuera de prescripción médica y sus combinaciones. Este servicio permitirá no solamente estabilizar algunos de los cuadros menos severos y riesgosos de manera eficiente, sino que dará la apertura de los usuarios a otros servicios o modalidades de tratamiento.

B. Acceso a un tratamiento integral

Iniciando por una evaluación médica integral, donde iniciará su estabilización mental y física apoyándose en estudios de laboratorio y/o gabinete para emitir un diagnóstico certero que permita instaurar el tratamiento específico que aborde intervenciones psicofarmacológicas y psicosociales bajo la visión de la *patología dual*.

C. Referencia a hospitales generales y referencial/contrarreferencia a centros especializados en tratamiento de adicciones

Si lo amerita el caso durante su internamiento, en caso de presentar alguna complicación o que la severidad del cuadro así lo requiera, o bien para su seguimiento y control en la fase rehabilitatoria.

D. Atención idónea a ofertar

<i>Tipo de servicio</i>	<i>Servicios o intervenciones disponibilidad % de cobertura</i>	
Análisis de control e intervenciones breves		
Desintoxicación		
Manejo del síndrome de abstinencia		
Planificación y tratamiento		
Orientación		

Terapia cognitivo/conductual		
Entrevistas motivacionales		
Gestión de situaciones imprevistas		
Asistencia social		
Grupos de ayuda mutua		
Tratamiento de la comorbilidad		
Psicoeducación		
Formación profesional y apoyo en la generación de ingresos		
Rehabilitación y postratamiento		

5. Sistema de Monitoreo de Calidad en la Atención (CICAD/OEA)

Los trastornos adictivos comprenden entidades nosológicas, cuya expresión en lo biológico, psicológico y social, requiere de modelos de tratamiento que contemplan acciones de variada índole. Acciones a ser realizadas por servicios adecuadamente distribuidos, eficientemente conectados entre sí y que, a su vez, se encuentren integrados a la red general de atención en salud, a fin de poder garantizar la adecuada asistencia a los usuarios de dichos servicios.¹⁰⁹

Las evaluaciones de la calidad de atención brindada a los problemas asociados al consumo de drogas y alcohol, proporciona una valiosa información acerca de las características que presenta en una localidad específica este tipo de problemas, permitiendo el diseño e implementación de medidas ajustadas a la realidad local.¹¹⁰ Sin embargo, en relación con el tratamiento para los problemas de consumo y dependencia de las drogas, la tarea no ha

¹⁰⁹ Madrigal, E. *et al.*, *Seminario para el Nivel de Ejecución de Programas: Evaluación de las Normas de Atención en el Tratamiento de las Farmacodependencias*, Washington, 1996.

¹¹⁰ *Idem.*

sido sencilla, tomando en cuenta lo complejo de la problemática en cuestión, novedoso y diverso del enfoque terapéutico, haciendo que muchos de los indicadores habitualmente utilizados en la evaluación de los servicios de salud sean de difícil aplicación en los establecimientos de tratamiento para dependientes de las drogas.

Algunos países han desarrollado y aplicado programas de capacitación, supervisión y control para los servicios y agentes proveedores de tratamiento en dependencia de las drogas, a través de agencias regionales o gubernamentales, obligando principalmente al cumplimiento de requisitos básicos de funcionamiento y ofreciendo asistencia técnica o financiera para la corrección de deficiencias. En relación con la evaluación de la calidad de asistencia de los programas de tratamiento, la Organización Mundial de la Salud —con el concurso de un grupo de científicos y clínicos— desarrolló una metodología con base en un instrumento que permite la ejecución del programa de monitoreo de la atención, detectar cumplimientos de pautas, analizar las deficiencias y hacer las recomendaciones pertinentes para su solución, en la búsqueda de una adecuada atención.¹¹¹

La metodología propuesta por la OMS para la evaluación de la calidad de la atención ha servido de modelo para el desarrollo y actualización de normas en varios países. Algunos de estos documentos tratan de compensar la ausencia de información sobre la eficacia y efectividad de métodos de tratamiento de uso corriente en países industrializados que han sido replicados en países en desarrollo, así como la posibilidad de realizar, con el debido detenimiento, tanto la evaluación de nuevos métodos terapéuticos como la aplicación de sistemas tradicionales de tratamiento. Se considera que el desarrollo y adopción de normas de atención en el tratamiento del abuso de sustancias son de alta prioridad para proveer atención eficaz, accesible, apropiada, con garantía de un mínimo de calidad y el uso adecuado de los recursos públicos y privados. Este grupo recomienda a los países la utilización del do-

¹¹¹ Stocker, S., *Researchers at NIDA Symposium Discuss. New Directions for Health Services Research*, Estados Unidos, NIDA notes, vol. 13, núm. 15, 1998.

cumento sobre Normas de Atención para el Tratamiento del Abuso de Sustancias de la OPS/OMS, como un marco de referencia para la preparación de normas nacionales al respecto.¹¹²

La adopción de normas no sólo contribuye a mejorar la calidad de la atención brindada en los establecimientos públicos y privados, sino que también promueve la confianza del consumidor nocivo o dependiente de drogas en los servicios de tratamiento. Es factible que también se facilite el acceso a los servicios y sensibilice al sistema de salud y a sus profesionales en cuanto a su responsabilidad de atender la demanda de atención de las personas con problemas de adicción.¹¹³

6. *El proceso de rehabilitación y el papel de la familia*

La 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 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 en su naturaleza, pero debe apoyarse en el Modelo Médico de la Patología Dual que minimice la estigmatización y la culpa.¹¹⁴

¹¹² World Health Organization, “Programme on Substance Abuse. Approaches to Treatment of Substance Abuse”, Ginebra, 1993.

¹¹³ *Id.*, *National Drug and Alcohol Treatment Responses in 23 Countries. Results of a key informant survey*, Ginebra, 1993.

¹¹⁴ Encuesta Nacional sobre el Uso de las Drogas y la Salud (NCADI), *Office of National Drug Control Policy. The Economic Costs of Drug Abuse in the United States: 1992-2002*, Washington, Executive Office of the President, publicación núm. 207303, 2004; Harwood, H., *Updating Estimates of the Economic Costs of Alcohol Abuse in the United States: Estimates, Update Methods, and Data Report. Prepared by the Lewin Group for the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 2000; Centers for Disease Control and Prevention, “Annual Smoking-Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Productivity

La mayoría de los programas de rehabilitación han adoptado un programa 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 importante 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 el consejo profesional (*counselling*) y Grupos de Ayuda Mutua del Modelo Alcohólicos y Narcóticos Anónimos pueden aportar un pronóstico positivo. La fase de reinserción social tiene como objetivo *insertar* a la vida nuevamente al paciente que ha recibido ya un programa de rehabilitación y que ahora como un sujeto sano a nivel físico, mental y productivo vuelva a ser parte activa de la sociedad. La información existente ha servido para enfatizar la importancia de los factores familiares en el inicio y el curso clínico del alcoholismo y el resto de las dependencias a otras sustancias psicoactivas.

Se han descrito varios tipos de familias de adictos basándose en la ingesta de bebidas, desarrollo de las familias o estado familiar funcional. 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 es en torno a un *círculo vicioso*. 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 uno o más de sus miembros.

El papel de la dinámica familiar en el tratamiento y la recuperación es fundamental. Los sistemas de aproximación familiar

Losses—United States, 1997-2001”, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 54 (25), julio de 2005, pp. 625-628.

intentan mejorar la comprensión y modificar el impacto del ambiente familiar en el miembro o miembros adictos y el impacto del adicto en las interacciones con la familia.¹¹⁵ 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* al diagnóstico dual, logrando así la recuperación del consumidor. El trabajo con la familia del paciente debe focalizarse en remplazar actitudes y conductas permisivas o punitivas por interacciones de mayor apoyo; las parejas u otras personas significativas deberán participar activamente en el proceso terapéutico.¹¹⁶

7. Entrenamiento y competencia clínica en el manejo de pacientes duales

La mayoría de 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, así como 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.¹¹⁷

¹¹⁵ *The National Treatment Improvement Evaluation Study (NTIES): Highlights*, Estados Unidos, Rockville, MD, Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment, Office of Evaluation, Scientific Analysis and Synthesis, DHHS, publicación núm. (SMA) 97-3159, 1997, pp. 241 y 242.

¹¹⁶ World Health Organization, *Mental Health Action Plan 2013-2020*, 2013.

¹¹⁷ Reeves, W. C. *et al.*, "Mental Illness Surveillance Among Adults in the United States", *Morbidity and Mortality Weekly Report CDC Surveillance Summaries*, 60 (Suppl. 3), 1-29, 3, 2011; Murray, C. J. L. y López, A. D., "Measuring the Global Burden of Disease", *New England Journal of Medicine*, 369, pp. 448-457, doi:10.1056/NEJMr1201534 4, 2013; National Institute on Drug Abuse, *Medical Consequences of Drug Abuse*, noviembre de 2012, visible en <http://www.drugabuse.gov/related-topics/medical-consequences-drug-abuse> 17, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, octubre de

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 enseñar a una generación de médicos con la finalidad que sean competentes en el diagnóstico y cambios recientes en la enseñanza durante la residencia de psiquiatría y los programas de formación especializada pueden resultar muy prometedores en el futuro.

También consideramos menester no sólo centrarnos en el área médica sino incluso formar un *equipo multi y transdisciplinario* experto, cada integrante desde su perspectiva de abordaje profesional en adicciones y patología dual. Pero todavía hay muchas instituciones académicas en las que hay pocos, si es que los hay, profesionales médicos capaces de formar profesionales clínicos en esta área. El número de psiquiatras a nivel mundial es ínfimo; así, por cada cien mil habitantes de población general hay dos, lo cual difiere dependiendo del continente; siendo en África de 0.004, América de 2.60 y Europa de 24.8; además, estos datos son mucho más desalentadores cuando valoramos el número de psiquiatras a nivel mundial pues de cada diez mil pacientes psiquiátricos existe sólo un psiquiatra que, desglosando por continente, tenemos: África 0.34, América 1.0, Europa 8.0 y especialmente Estados Unidos con 20.¹¹⁸

Queda claro que existe un déficit en el número de médicos especializados en el manejo de las adicciones y por ello tiene especial relevancia el hecho de capacitar a médicos de primer nivel de atención en el diagnóstico temprano, generalidades de preven-

2014; Adhikari, B. *et al.*, "Smoking-Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Productivity Losses—United States, 2000–2004", *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 57 (45), 2008, pp. 1226–1228.

¹¹⁸ Behavioral Health Trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health September 2015, 37, 24. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, 2014. Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of national findings (HHS Publication núm. SMA 14-4863, NSDUH Series H-48); National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, *Rethinking Drinking. Alcohol and your Health. What are the Risks?*, 2015, disponible en <http://rethinkingdrinking.niaaa.nih.gov/WhatsTheHarm/WhatAreTheRisks.asp> 26; Bouchery, E. E. *et al.*, "Economic Costs of Excessive Alcohol Consumption in the U.S., 2006", *American Journal of Preventive Medicine*, núm. 41, noviembre de 2011, pp. 516–524.

ción, tratamiento de la intoxicación y el síndrome de abstinencia y particularmente en saber referir de manera oportuna y eficaz a los pacientes que requieran otro nivel de atención. Estamos seguros de que si se aborda el problema de adicciones en este primer nivel de atención, podemos incidir positivamente realizando acciones costo/efectivas que harán que un paciente no progrese en su carrera adictológica hacia la dependencia o adicción y que exista menos daño a nivel físico, familiar y social.¹¹⁹

VII. IMPLICACIONES BIOÉTICAS EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DUAL

Las adicciones como problema psiquiátrico requieren contextualizarse en el marco del humanismo y la ética —donde se hallan inmersas— para formular su mejor abordaje posible. Se pretende la construcción de una sociedad más humana a través de una ética basada en valores naturales y humanos en el espíritu de la razón y la libre investigación a través de las capacidades humanas, como la ciencia. De modo que la dignidad y la autonomía del individuo y el derecho de todo ser humano a la mayor libertad posible, son compatibles con los derechos de los demás. Bajo este considerando, se pretende el uso de la ciencia en forma creativa y no destructiva, lo cual requiere de una adecuada regulación. Asimismo, se espera que la libertad personal se combine con la responsabilidad social por lo que se compromete con una educación libre de adoctrinamiento. De igual forma, se reconoce los valores de la creatividad artística y la imaginación, así como el poder transformador del arte, para la realización personal. Por último, debe señalarse que el humanismo es un estilo de vida susceptible de alcanzarse y mantenerse por todos y en cualquier parte.¹²⁰ Luego, la profesión médica se basa en la ética:

¹¹⁹ Spitzer, R. L. *et al.*, *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders*, Research Version, Non-patient Edition (SCID-I/NP), Nueva York, New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research.

¹²⁰ Mendoza, E., *Bioética, humanismo y clínica psiquiátrica*, México, Asociación Psiquiátrica Mexicana, 2011.

- Como miembro de esta profesión, el personal de salud debe reconocer la responsabilidad ante los pacientes en primer lugar, así como a la sociedad, a otros profesionales del ramo y para sí mismo.
- Proporcionar la atención competente, con la compasión y el respeto de la dignidad humana y los derechos de cada persona.
- Respetar los derechos de los pacientes, colegas y otros profesionales de la salud y salvaguardar la confianza del paciente y de la intimidad dentro de las limitaciones de la ley.
- Estudiar, aplicar y promover los conocimientos científicos, mantener un compromiso con la educación médica, facilitar la información pertinente a los pacientes, los colegas y el público.
- Asumir tal responsabilidad como primordial y facilitar la atención médica para todas las personas por igual.
- No satisfacer sus propias necesidades mediante la explotación del paciente.
- Estar siempre vigilante sobre el impacto que su conducta tiene sobre los límites de la relación médico-paciente y por tanto el bienestar de éste, mostrando conducta decorosa en su profesión y vida.
- Educar a los colegas a través del desarrollo de proyectos de investigación y presentaciones en reuniones y revistas profesionales.
- Un profesional que regularmente realiza prácticas fuera de su área de competencia profesional, debe ser considerado no ético.

La atención asistencial moderna busca utilizar en forma adecuada los recursos que brinda el conocimiento científico/tecnológico de nuestros días; sin embargo, la obsolescencia que ha restringido la rehabilitación a nivel mundial de la gran mayoría de los pacientes adictos y sus familiares, a causa del anclaje de sus creencias e ideologías inefectivas para propósitos de la terapéutica (la ignorancia, el pensamiento mágico, los castigos y sanciones o las pócimas, los remedios y los juramentos) lo cual dista de una verdadera conversión actitudinal y conductual de una patología cerebral, derivada de una compleja mezcla de factores psicosociales a través de acciones conjuntas farmacológicos y psicosociales, probadamente eficaces y evaluables.¹²¹ Tales argumentos, funda-

¹²¹ Tagle, O. I., "Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones", *Psiquiatría*, época 2, 16 (3), septiembre-diciembre de 2000, pp. 110-116.

mentados en el criterio de los principales organismos internacionales, se basan en la evaluación metodológica de sus programas, siendo por tanto antidogmáticos y flexibles para su aplicación individualizada.

A ello se agrega que una gran cantidad de las acciones asistenciales realizadas en nuestro país no provienen de la medicina especializada; muchos de tales casos permanecen en manos de aficionados y/o sujetos rehabilitados que en el mejor de los casos actúan de *buena voluntad* pero sin abordaje médico. Por otro lado, dentro del gremio médico el problema radica en el ánimo divergente producido entre el personal de salud y de entre quienes lo componen, contando sólo unos cuantos de una preparación formal, mientras que el resto del personal actúa sólo con su experiencia subjetiva; desde el empirismo, sin una metodología o entrenamiento confiables, creando confusión, iatrogenia y, sobre todo, sin proporcionar una atención integral al paciente.

La otra parte del problema, se liga a la diversidad de modelos y procedimientos empleados, que no contribuyen a integrar un *sistema nacional de salud mental*, capaz de ofrecer la respuesta efectiva que el problema de los trastornos mentales (incluidas las adicciones) requiere. Con el paso del tiempo se han empobrecido las acciones diagnósticas-terapéuticas, con la negligencia de un ejercicio clínico que no emplea instrumentos de tamizaje, ni hace diagnósticos adecuados y precoces de población en riesgo; lo cual es importante especialmente en población adolescente.¹²² Además, la irregularidad en el uso de expedientes, la pobre resocialización de los pacientes por falta de supervisión, la nula evaluación de programas y la baja calidad de los mismos, entre otros, han contribuido a la limitación de oferta de servicios asistenciales bajo esta perspectiva dual.

¹²² Souza, M., “Hacia una investigación nacional de la terapéutica antiadictiva”, *Rev. Mex. Neuroci*, 6 (5), septiembre-octubre de 2005, pp. 411-425.

VIII. NUEVAS ESTRATEGIAS PARA UNA POLÍTICA PÚBLICA RACIONAL EN ADICCIONES

Lograr reducir la magnitud del daño causado por las drogas es de interés del conjunto de la sociedad. Esto exige en primer lugar prevenir a los jóvenes a fin de evitar que comiencen a consumir sustancias psicoactivas. Significa disminuir la cantidad de droga consumida por la población actualmente adicta o dependiente mejorando su salud física y mental y tratando de liberarles de su adicción. También requiere reducir el daño que los consumidores o adictos pueden causar a los demás, como consecuencia del consumo de drogas. Al mismo tiempo, debemos procurar que la política de drogas que se lleva a cabo no genere más daño a los individuos y a la sociedad que los que originan las mismas drogas. Para lograr el equilibrio necesario, se requiere un análisis cuidadoso y meditado, aceptando que los cambios llegan lentamente y que no existen soluciones rápidas al problema.¹²³ Nos permitimos exponer lo anterior en los siguientes puntos:

1. *Considerar la drogadicción principalmente como un problema de salud pública*

Este enfoque se basa en el principio de la reducción de daños, como un replanteamiento para tratar problemas difíciles y a veces irresolubles. El argumento de la analogía entre adicción y enfermedad infecciosa es falso, porque las personas son víctimas pasivas de las infecciones mientras que los adictos buscan activamente las drogas. Los médicos reconocemos que existen algunas enfermedades que no pueden erradicarse y tampoco se curan. Simplemente hacemos todo lo que podemos para minimizar el daño, aceptando que no todos los problemas tienen una solución completamente satisfactoria. Se deben elaborar recomendaciones específicas para diseñar políticas racionales y sólidas de reducción del daño, a través de las acciones legislativas, ejecutivas

¹²³ Goldstein, A., "Adicción, de la biología a la política de drogas", *Art Médica*, 2003.

y judiciales en todos los niveles de gobierno (federal, estatal y municipal).¹²⁴ Especialmente señalar la necesidad de equilibrar la balanza entre lo invertido en reducción de la oferta *versus* reducción de la demanda (70 a 30%, respectivamente —*en el mejor de los casos*—).

2. La reducción de la demanda debe ser prioritaria

A través de aumentar la educación preventiva, continuando y acelerando la tendencia actual de proporcionar a los alumnos de diversos niveles una educación sobre todas las drogas adictivas, que sea honesta y basada en la salud, enfocada en desarrollar habilidades para la vida y la asertividad. Además, lograr que los tratamientos sean asequibles a todos y de manera rápida. Este es uno de los medios más eficaces y rentables de reducir la demanda de drogas. El número actualmente disponible de tratamientos gratuitos está muy lejos de los necesarios.¹²⁵ Cada uno de los días que un adicto dedica a tratarse, es un día más de reducción del consumo y de reducción de potencial actividad delincriminal (en la medida en que el motivo de esta actividad estuvo relacionado directamente con la necesidad de mantener la adicción).

3. Informar de la propagación del SIDA y otras enfermedades infecciosas entre los consumidores de drogas por vía intravenosa

Es cierto que no existe una prueba científica sólida de que la distribución de jeringuillas y preservativos detengan la propagación del VIH por vía intravenosa entre los drogadictos. Sin embargo, desde el punto de vista de la salud pública, para resolver el problema de un virus letal hay que basarse en cualquier prueba científica aunque sea parcial, en el sentido común y en la necesi-

¹²⁴ *Id.*, “Drug Policy. Striking the Righth Balance”, *Science*, 249, 1990, pp. 1513-1521.

¹²⁵ McCoy, A., *The Politics on Heroin. CIA Complicity in the Global Drug Trade*, Nueva York, Lawrence Hills Books, 1991.

dad de explicar la relación que existe entre el consumo de drogas por vía intravenosa, el SIDA y la hepatitis.¹²⁶

4. *Ocuparse del problema del daño fetal provocado por las drogas adictivas*

Este objetivo es de gran trascendencia social, por razones tanto humanas como económicas. Primero, porque existen evidentes malformaciones congénitas, como las del síndrome alcohólico fetal. Segundo, se producen lesiones permanentes durante el proceso del neurodesarrollo, capaces de causar retrasos mentales y anomalías del comportamiento, que no se manifestarán hasta pasados algunos años. Tercero, a causa de los mismos efectos de la droga y de que la mujer adicta no suele preocuparse por su propia salud durante el embarazo, es probable que el niño nazca prematuramente y que tenga bajo peso, lo cual lo hace propenso a enfermedades perinatales. Cuarto, el recién nacido está expuesto a presentar síndrome de abstinencia a la droga adictiva de la madre.¹²⁷

5. *Promulgar y cumplir leyes que defiendan las normas sociales*

La disminución progresiva del consumo de tabaco nos enseña que las leyes y la educación se complementan entre sí. La prohibición de fumar se fue extendiendo a la vez que crecía la toma de conciencia y a medida que aumentó el número de no fumadores y de ex fumadores, la progresiva exigencia de las normatividades se hizo más aceptable, como la prohibición de fumar en los edificios públicos y en el lugar de trabajo. El aumento de impuestos como método para disminuir el consumo, también ganó aceptación. Se necesita sin duda todavía hacer más, pero con esto podemos ver un ejemplo práctico que ilustra cómo las normas pueden inducir un cambio en

¹²⁶ Nadelmann, E., "Thinking Seriously about Alternatives to Drug Prohibition", *Science*, núm. 245, 1989, pp. 939-946.

¹²⁷ Falco, M., *The Making of a Drug*, Nueva York, Random House, 1993.

las actitudes y cómo los cambios de actitud, a su vez, pueden facilitar la aceptación de normativas cada vez más restrictivas.¹²⁸

6. *Considerar las verdaderas actividades delictivas (estén o no relacionadas con las drogas) como un problema inicial de cumplimiento de la ley*

Debemos tratar la criminalidad relacionada con las drogas como cualquier otra actividad delictiva. Ser adicto no debe exculpar de ningún crimen. Sin embargo, una política constructiva debe distinguir entre víctimas y predadores, entre los adictos de un lado y a los traficantes —que son los verdaderos criminales— del otro. Y la ley puede claramente distinguir los problemas de salud que afectan a los adictos, de las graves acciones criminales asociadas a las drogas adictivas. Las leyes sobre posesión de drogas deben modificarse para acabar con la situación actual de cárceles llenas de consumidores, que entran por una puerta y salen por otra. Es preciso ampliar, sin demora, el sistema de juzgados especiales para delitos relacionados con las drogas; de esta manera, los que cometan su primera ofensa (no grave) podrán optar por un tratamiento controlado, en lugar de ir a la cárcel.¹²⁹

7. *Aumentar los presupuestos para la investigación básica y aplicada*

La historia nos enseña que las inversiones en investigación biomédica aportan generosos beneficios. Cuanto más sabemos, mejor podemos aplicar nuestros conocimientos para resolver problemas. La investigación básica aporta el conocimiento necesario que permite idear nuevas soluciones prácticas; sin ella, sólo existiría la conjetura y la superstición. La investigación aplicada nos enseña la mejor manera de desarrollar e implantar las nuevas soluciones prácticas. El proyecto del genoma humano, así como

¹²⁸ Simpson, D., “Treatment Process and Outcome Studies from DATOS”, *Drug and Alcohol Dependence*, edición especial, vol. 57, núm. 2, diciembre de 1999.

¹²⁹ Kleiman, M., *Against Excess*, Nueva York, Basic Books, 1993.

el más reciente del conectoma humano, nos abren el camino para conocer por qué algunas personas son mucho más vulnerables que otras a la adicción. Estos conocimientos pueden ser de gran utilidad para dirigir medidas preventivas a aquellos niños que presenten riesgo elevado. Y lo que es aún más importante, si se llega a descubrir algún gen que determine dicha vulnerabilidad y saber cómo y cuáles áreas cerebrales están “conectadas o desconectadas” para tal expresión de la enfermedad.¹³⁰ Esto implica descubrir receptores, neurotransmisores, proteínas reguladoras y circuitos cerebrales que intervienen en la adicción y que pueden constituir nuevas dianas para la futura farmacogenómica.

8. Diferenciar las políticas para cada droga

Cada una de las drogas adictivas exige una normatividad distinta. Una política sensata para cada una debería situarse entre la legislación completa y la prohibición total. Para algunas de las drogas, se necesita una legislación más enérgica que la que tenemos ahora, para otras quizá se requiera suavizar las prohibiciones y para otras no se precisa ningún cambio. Las políticas deben ser lo bastante flexibles para adaptarse a las condiciones cambiantes, por lo tanto, requieren ser evaluadas constantemente las políticas específicas para cada droga.¹³¹

¹³⁰ Bayer, G., *Confronting Drug Policy*, Cambridge University Press, 1993.

¹³¹ Gerstein, D., *Preventing Drug Abuse*, National Research Council-National Academy Press, 1993.

TESTIMONIO DE UN TRASTORNO ESQUIZO- AFECTIVO BIPOLAR: POCO SERIO

Mónica PANTOJA NIEVES*

Para vivir con este padecimiento hay que tener sentido del humor. Como yo le digo a un amigo muy querido: de lo divertido nunca te debes arrepentir. Si no tienes recuerdos que te hacen reír no estás viviendo. La vida pasa rápido, no se detiene. Entre nosotros las risas son lo mejor.

Después de una infancia maravillosa llena de amor y de grandes recuerdos; una familia inigualable, tíos y primos de cariño, amigos, amigas y algunos novios; excelentes calificaciones, entrenar diversos deportes, grandes viajes, una vida maravillosa y prometedora, comencé a presentar padecimientos mentales:

I. EN CUANTO A MI ENFERMEDAD

- a) Por depresiones nunca he sido internada.

* Meritoria en el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

- b) En cuanto a las hospitalizaciones por manía.

1. *En 1994*

Siempre me encantó ir a la escuela, me parecía mucho más divertido echar relajo en el salón que irme de pinta, fumar o tomar a escondidas. En la escuela siempre pasaba algo diario que me hacía morir de risa, simplemente ir a aprender me gustaba más que no asistir. En este año estaba feliz por haberme incorporado a la UNAM por el sistema de años posteriores al primero, tenía nuevos amigos y amigas, por mi excelente promedio pude elegir a los profesores que esta calificada Universidad ofrece.

De pronto no sentía ganas de despertarme, iba a la escuela sin bañarme, no tenía ganas de estudiar, no entendía nada, me dormía en el salón y de pronto un día ya no tuve ganas de entrar al salón de clases; después de unos meses, ni siquiera de ir a la Universidad.

Me quedé en mi casa encerrada con la luz apagada, las cortinas cerradas, sin ruido, ya no tenía ganas de vivir; tomé el rifle de mi papá; luego de algunos disparos me detuve.

Así estuve unos días pensando suicidarme con el rifle, chocando mi automóvil; en fin, teniendo ideas suicidas. Todo esto tiene sus antecedentes en un verano que viajé física y mentalmente a polos de extrema pobreza y riqueza, eso lo tenía junto a mí pero era tan evidente que lo invisibilizaba. Me deprimí porque no iba a cambiar la situación.

En fin: me diagnosticaron depresión y me recetaron Prozac; empecé a sentirme un poco mejor y el doctor me dio permiso de salir de viaje con algunas amigas. El destino era Oaxaca.

Estando en Zipolite, me dio un brote de manía. Muchas personas me han dicho que si me drogué, pero no, nunca he consumido ninguna droga, excepto alcohol, que dejé de tomarlo hace 20 años.

Estuve 10 días perdida sin que mis familiares o amigos me pudieran encontrar. Trabajé como mesera para poder comer, me robaron mi maleta y por supuesto fui sujeta a abusos de orden psicológico y físico.

Aquí me detengo y toco un punto medular en mi vida ¿fue dis-praxis del médico recetarme Prozac y permitirme ir de viaje? ¿No se percató que yo era bipolar?

Esos factores los he aprendido a superar: nada importa si tú no le das importancia. Todo lo que me sucedió puede ser caótico culturalmente, pero jurídicamente puede traer responsabilidades.

Por otra parte, puede ser lo mejor que me ha pasado en la vida: las alucinaciones del estado maniático o de esquizofrenia son indescriptibles: son mundos distintos al que vivimos; otras realidades.

Por mucho tiempo y hasta la fecha conecto con esa parte de mi imaginación para bloquear los verdaderos horrores que comete la humanidad.

Por otra parte, por fin me encontraron debido a que una familia en Oaxaca me rescató y comenzó el calvario con mi primera internación en el Hospital Psiquiátrico San Rafael.

En aquel entonces lo que puedo recordar es que había grupos que nos protegíamos de otros grupos. Estábamos mezclados agresivos y no agresivos. El personal de enfermería eran muy malas personas y profesionistas; me golpearon y rasguñaron sacándome sangre, todavía tengo las cicatrices. Como me defendí, me amarraron a la cama por lo menos cinco días y me daban poca agua y casi nada de comer.

Después de estar en ese hospital y luego de seis meses de recuperación, pude rehacer mi vida. Empezar a volver a caminar, leer, comer, integrarme a la sociedad.

2. *En 1995*

Seguramente me estaba desvelando mucho; me encantaba la fiesta y nuevamente me fui con mi manía a Zipolite. Esta vez tomé un camión por la sierra oaxaqueña; no me di cuenta y todos los pasajeros eran hombres con machetes. Afortunadamente me dejaron en un poblado, pero comenzó a llover y toda mi ropa se mojó por lo que pedí en un establecimiento bolsas de basura y con eso me vestí.

Unos policías detectaron mi presencia y llamaron a una ambulancia y fui trasladada a Migración. A la persona encargada de la oficina de Migración le di mis datos, habló con mis familiares y me trasladó al Hospital Psiquiátrico.

El Hospital Psiquiátrico de Oaxaca es como los hospitales que vemos en las películas de guerra. Una bodega llena de camas con gente gritando. No me puedo quejar: el trato que me dieron fue muy bueno.

A mi regreso me internaron nuevamente en el Hospital San Rafael y nuevamente fui sujeta a abusos del personal de enfermería.

3. *En 2000*

Manía a causa de dejar de tomar mis pastillas y dormir bien.

En Ann Arbor, en el estado de Michigan, tuve la oportunidad de ser internada en uno de los mejores hospitales para enfermos mentales de los Estados Unidos. Este hospital estaba construido por casitas en donde dormían cuatro personas por casa, cada uno en su cuarto; contaba con grandes jardines. Lo mejor era visitarlos; fue un hospital psiquiátrico donde sentí mucha paz, verdadero descanso y reposo para la recuperación necesaria.

4. *En 2004*

Nuevamente dejé de tomar mis pastillas y comencé a desvelarme. El Hospital Español de la Ciudad de México tiene muy buena atención y también cuenta con jardines.

5. *En 2005*

Lo que me provocó el brote de manía o paranoia fue una exhaustiva crítica que realicé en mi tesis profesional al sistema de salud y al partido panista.

El Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente tiene excelente atención, aunque la crítica que tengo a su hospital es

que cuenta con jardines pero los pacientes no pueden visitarlos. Sería muy importante para la salud física y mental de todos los internos el poder tener acceso a sus jardines.

II. LABORALMENTE

He tenido la oportunidad de trabajar en las instituciones que he buscado y elegido; soy obsesiva hasta no conseguir lo que busco, lo cual también forma parte de mi enfermedad. Por ejemplo, en el Instituto de Investigaciones Jurídicas propuse la creación de un programa de Maestría en Derecho y Medicina en 2005; fui rechazada por una académica. Después de cinco años —el 10 de agosto de 2010— insistí nuevamente porque el proyecto me parecía relevante de llevarse a cabo en el Instituto. Por fin, fui aceptada como meritoria colaborando en dos revistas: el *Boletín Mexicano de Derecho Comparado* y la *Revista de Derecho Privado*, en su cuarta época, siempre con la finalidad de desarrollar la Maestría en Derecho y Medicina. El primer académico que creyó en este proyecto fue el doctor Daniel Márquez Gómez e inmediatamente el doctor Fernando Cano Valle fue quien aportó los recursos al alcance para que se desarrollara este proyecto. Hoy ya son una realidad tanto el diplomado Bioética y Derecho como la Maestría; contamos con ponentes nacionales e internacionales bajo la coordinación del doctor Francisco Ibarra Palafox y la doctora María de Jesús Medina Arellano.

Asimismo, junto a Fernando Cano Valle, soy coautora de diversas obras en el ramo de la salud como *El péndulo de la medicina. El doble péndulo de la salud. Urge una reforma en el sistema de salud*.

Así, ardua u obsesivamente he prestado mis servicios profesionales en empresas privadas, gobierno, organizaciones no gubernamentales relacionadas en el ámbito de la salud.

Aquí podemos rescatar lo positivo; siempre he trabajado en lo que me llena de gusto, pero situándome: tengo 44 años y soy meritoria —por lo que no tengo ingresos económicos— mis amigos del colegio son directores de empresas trasnacionales, socios de las firmas de los despachos más prestigiados, secretarios de Estado.

He perdido por lo menos 10 años productivos entre depresiones y manías. Al tomar los medicamentos por las noches me causan somnolencia por la mañana. Todos mis días empiezan con malestar y cansancio. Lo que una vez me fascinaba levantarme corriendo para hacer ejercicio hoy me cuesta mucho trabajo.

III. ACADÉMICAMENTE

En este rubro me encuentro que mi promedio de posgrado es de 9.7 con fortalezas por desarrollo elevado en el pensamiento abstracto, planeación, razonamiento verbal, aritmético, categórico y serial. Sin embargo, tengo deficiencia de conceptualización viso-espacial y lentitud viso-motora. Me es muy difícil concentrarme, pierdo la atención fácilmente por lo que tardo más tiempo de lo normal en desempeñar una tarea, pero mi obsesión-compulsión me permite lograr mis objetivos.

IV. SOCIALMENTE

Tengo un gran número de amistades de diversos ámbitos; procuro alimentar mis relaciones a través del tiempo y la distancia, pero cuando he estado enferma cuento sólo con muy pocos amigos y familiares.

V. FAMILIA

La familia es muy importante o más bien todo para salir adelante de las crisis que se presentan en esta enfermedad. Mi papá toma, como yo, todo esto con sentido del humor y mi mamá llora de pensar todo lo que he tenido que vivir. Mi hermana y sobrinos no viven en México. Con mis novios he construido relaciones formales, son parte de mi familia. Incluso la forma de relacionarme con mis novios es parte de mi compulsión; busco a quien quiero y decido tener en mi vida.

LA MAL CONCEPTUALIZADA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y EL CASO CLÍNICO SHEEHAN

Fernando CANO VALLE
Ricardo NANNI ALVARADO

I. INTRODUCCIÓN

*Sin el loco, la razón se vería privada de su realidad, sería monotonía vacía, aburrimiento de sí misma... Tantos escritores han dado nacimiento a una masa de lectores, y una lectura continua produce todas las enfermedades nerviosas; posiblemente, de entre todas las causas que han perjudicado la salud de las mujeres, la principal haya sido la multiplicación de las novelas desde hace más de cien años... Una muchacha que lee a los diez años, en lugar de correr, será a los veintiuno una mujer con vahídos y no una buena nodriza...*¹³²

¹³² Anónimo, “Causes physiques et morales des maux de nerfs”, *Gazette Salulaire*, París, 1783, núm. 40, 6 de octubre de 1768, citado por Foucault,

La línea de investigación que en años anteriores ha venido desarrollando actividades en torno al derecho y la medicina, tendrá un cambio con base en la convocatoria para la constitución de líneas de investigación institucionales aprobado por el consejo interno del Instituto de Investigaciones Jurídicas, el 30 de julio de 2015; dicha línea se orientará en un futuro enfáticamente a los derechos humanos y la salud. Con la finalidad de fortalecer la investigación y conformar mayores vínculos con otras líneas de investigación e impulsar así, la investigación de carácter interdisciplinario, hemos acordado unirnos en esta ocasión al espléndido trabajo de la maestra Rosa María Álvarez González sobre “Salud y violencia contra las mujeres”.

La violencia como expresión neurobiológica, psiquiátrica y su consecuencia patológica, habla de un perfil sociocultural, de conductas antisociales, de interacciones familiares hostiles, frustración y códigos de conducta anómalos.

Con frecuencia los asesinos seriales son psicópatas con trastorno de personalidad, violadores de normas; sin embargo, hay muchas otras formas de violencia contra la mujer que no culminan con el asesinato, pero bien se describen como consecuencia de la discriminación en la práctica y vida diaria como en las leyes; es lamentable e inaceptable la discriminación, menosprecio, agresión verbal y física y suele ser en el ámbito familiar y relación de pareja donde se observa con mayor frecuencia la violencia contra la mujer; si bien es un problema global en México cobra dimensiones brutales que se inscriben en la violación de los derechos humanos en la figura de la mujer y que en su expresión más amplia y extensa se reconoce como violencia de género, violaciones, explotación laboral, castración, ablaciones, tráfico, patrones de acoso, hostigamiento.

Vulnerable significa ser fácil de explotar, de discriminar o de lastimar de cualquier forma. Son vulnerables las personas que se encuentran en condiciones económicas muy bajas, las personas mayores de edad, los enfermos y discapacitados, las niñas y los niños, así como las mujeres en ciertas circunstancias. Son vulne-

Michel, *Historia de la locura en la época clásica*, II, trad. de Juan José Utrilla, 2a. ed., México, Fondo de Cultura Económica, 2008.

rables también las personas analfabetas y de extrema necesidad, cuya condición facilita que sean explotadas de distintas maneras, por ello cuando una institución pierde su papel normativo, pierde conciencia, y se convierte en instrumento de ideología o de clase política. Esto no es benéfico para la institución, cualquiera que sea.

Los derechos de las mujeres trabajadoras son las normas jurídicas enfocadas a la protección de su salud, educación, dignidad y desarrollo, así como la protección de la maternidad en relación con la mujer misma y el producto del mismo; éstas, sin embargo, son violentadas con inusitada frecuencia.

Samuel Ramos, en su libro *El perfil del hombre y la cultura en México*, expresa que la falta de armonía entre lo que el hombre sabe y el ambiente que lo rodea es la causa de muchos fracasos o naufragios; cuando la dimensión colectiva es inarmónica se agrava el sentimiento de pesimismo y desaliento. Eso es violencia.

La violencia como expresión humana es el comportamiento neurobiológico y psicológico como una consecuencia patológica en donde influye el perfil sociocultural, conductas antisociales, interacciones familiares anómalas, en donde existe un entramado muy complejo de la neurofisiología y neuroquímica orgánicas, diversas regiones y áreas del cerebro como el hipotálamo en donde radican las expresiones emocionales, la ira, el terror; o el hipocampo, en donde el aprendizaje se ve afectado; o bien, la participación del lóbulo prefrontal, en donde se da la regulación de emociones, la inteligencia y la planeación. Este complejo entramado, gracias al avance tecnológico de la neuroimagen y los estudios de neuroquímica, ofrece mejores resultados ante aquellas instituciones responsables de atender dichos problemas de salud, mismos que se han visto resquebrajados, débiles e inconsistentes, ante el creciente perfil de violencia contra las mujeres.

II. MARCO JURÍDICO DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO ENFERMEDAD MENTAL

... la naturaleza... es la locura; abolid el feliz retorno de la existencia a su verdad más próxima: "Venid, mujeres amables y sensuales", escribe Beauchesne, "huid en delante de los peligros, falsos placeres, de las pasiones fogosas, de la inacción y la molicie; seguid a vuestros jóvenes esposos en las campañas, en los viajes; desafiadlos a correr sobre la hierba tierna y adornada de flores"...¹³³

Aunado a las recomendaciones de la OMS, existe un vasto marco jurídico internacional que da sustento a la protección contra la violencia relacionada con la salud reproductiva. De acuerdo con el artículo I de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem Do Pará), se entiende como violencia contra la mujer: "cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o *psicológico* a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado". Dicha Convención impone a los Estados obligaciones positivas para erradicar todas las manifestaciones de violencia contra las mujeres, y establece que se debe prestar especial atención cuando la mujer objeto de violencia se encuentra embarazada (artículo 9o.). En el ámbito internacional, la violencia contra las mujeres es reconocida como una forma de discriminación, que impide a ellas el goce de derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los hombres. En específico, la obligación de los Estados de adoptar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación en la esfera del acceso a servicios de atención médica,

¹³³ Beauchesne, *De l'influence des affections de l'âme*, pp. 39 y 40, citado por Foucault, Michel, *Historia de la locura en la época clásica*, cit.

de manera que se garantice el acceso a servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto.¹³⁴

En esta línea de ideas, las acciones que causan muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o *psicológico* a la mujer, por su condición de género, en el ámbito de la salud reproductiva constituyen formas de violencia y discriminación contra la mujer.

Los actos u omisiones que atentan contra los derechos reproductivos de las mujeres pueden constituir actos de tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes, en caso de que causen penas o sufrimientos físicos o *mentales* y se cometan con el fin de anular la personalidad o sus capacidades físicas o *mentales* o con cualquier otro fin. En este sentido, el Comité contra la Tortura ha resalta-do que las situaciones en las que las mujeres corren riesgo de sufrir torturas, malos tratos, “incluyen la privación de libertad, y el tratamiento médico, particularmente en el caso de las decisiones relacionadas con la reproducción”.¹³⁵

Para la organización no gubernamental Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), la violencia obstétrica constituye una violación a diversos derechos humanos de las mujeres y forma parte de una problemática estructural, nacional y local. Está relacionada con la falta de respeto por la autonomía de las pacientes y su derecho a la información, con la deficiente atención y acceso de las mujeres a los servicios de salud reproductiva de calidad, así como con las deficiencias del sistema social de salud para atenderlas durante el embarazo, el parto y el puerperio. Asimismo, es consecuencia de los vacíos presupuestales y las deficiencias en gestión de los recursos, la falta de clínicas y centros de salud, el sobrecupo en las camas y la falta de información de las mujeres sobre derechos reproductivos, entre otras cuestiones. Esta problemática se agrava en casos de mujeres en situaciones de mayor riesgo de que se vulneren sus derechos por su condi-

¹³⁴ Comité CEDAW, Observación General 24. Artículo 12: La mujer y la salud, 20o. periodo de sesiones (1999), párrafo 2. Disponible en <http://bit.ly/oppl1tg>, consultada el 9 de noviembre de 2012.

¹³⁵ Comité contra la Tortura, Observación General 2. Aplicación del artículo 2o. por los Estados parte, 39o. periodo de sesiones, 2007, párrafo 22. Disponible en <http://bit.ly/WdffCv>, consultada el 9 de noviembre de 2012.

ción de etnia, estatus económico y edad, tales como mujeres indígenas, marginadas, niñas y adolescentes.

A partir de datos estadísticos, del análisis normativo y de las respuestas a las solicitudes de acceso a la información pública presentadas a nivel federal y en las entidades federativas, dice GIRE que la violencia obstétrica sigue siendo un problema invisibilizado y poco tratado por las autoridades mexicanas.

La visibilidad, como se ha mencionado, no depende tanto de las denuncias penales, sino de un seguimiento más detallado y sistematizado sobre la atención en los servicios de salud. Aunque, existen casos que ameritan ser considerados por el sistema penal, antes de la tipificación penal de violencia obstétrica deberán buscarse medidas de tipo administrativo y de política pública que refuercen el marco normativo y de derechos humanos. En su caso, el incumplimiento o violación de los derechos humanos se debe sancionar por vía administrativa o civil, considerar la reformulación del tipo penal propuesto, para no engrosar el brazo criminalizador del Estado. Ello con excepción de los casos de conductas más graves —como la esterilización forzada— que sí deberían estar tipificadas en el derecho penal.

Asimismo, GIRE señala que en términos de legislación existen vacíos importantes que deberían atenderse. La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, referida a la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio del recién nacido, contiene elementos importantes sobre el tratamiento de las mujeres embarazadas, a fin de prevenir actos de violencia obstétrica; sin embargo, no se implementa ni se monitorea a cabalidad. De igual forma, la información proporcionada por las instituciones públicas da cuenta de que sólo los casos más extremos de la violencia obstétrica se denuncian; incluso la mayor parte de éstos siguen en la impunidad. Las sanciones administrativas, que representan una alternativa a las sanciones penales, parecen no aplicarse a este tipo de conductas.

Existen vacíos de información muy importantes en términos de las quejas y denuncias por actos que pueden constituir violencia obstétrica, tanto en el ámbito de las entidades federativas

como en el federal. Ello impide dimensionar de forma más completa la problemática de violencia obstétrica en el país.

Para la doctora María Teresa Silvia Tinoco Zamudio, los funcionarios de los servicios de salud, así como especialistas con experiencia en la materia, identifican plenamente el problema de violencia institucional y la condición de omnipotencia del médico, donde subordinan a la mujer sólo como objeto reproductor, señalan la necesidad de dar un abordaje multidisciplinario directamente al personal que brinda atención obstétrica y las escuelas que forman capital humano; que las y los médicos comprendan el fenómeno y las causas que lo generan, acción que permitiría reducir la violencia obstétrica asociada frecuentemente a la mortalidad materna. Existen estudios que permiten aportar un enfoque novedoso del fenómeno de la violencia institucional en atención obstétrica, a partir de la visión de los profesionales de la salud mental como la psicológica y el psicoanálisis, quienes proponen analizar el problema desde la formación de la subjetividad y de género desde lo individual, formada en la primera infancia por experiencias que dan forma a su estructura psíquica, para posteriormente integrarse a la dimensión grupal, institucional y comunitaria de la subjetividad y que a partir de ésta, se otorga la atención a la mujer en donde algunas ocasiones se ejerce la represión contra ella por frustraciones inconscientes e imaginarias contra la madre.¹³⁶

Violencia obstétrica

- Existe retaliación contra la mujer que enfrentamos en edad adulta.
- Consciente o inconscientemente no lo perdonamos.
- Las restricciones que impone la madre en la infancia las vemos como agresión.
- La violencia que ejercen los médicos tiene que ver con la relación imaginaria con su madre.

¹³⁶ Revista *Conamed*, México, vol. 18, núm. 4, octubre-diciembre de 2013, pp. 157-164.

- Construcción social relacional de la identidad femenina.
- Formación patriarcal del modelo clínico donde la paciente es subordinada.
- Personal que brinda atención obstétrica no capacitada en género.
- Resistencia para atender a la mujer embarazada.
- Juzga y decide quién debe o no debe ser madre.
- Reproducción de la violencia social y de la violencia laboral que recibe el o la médico en la atención de las mujeres.

III. VIOLENCIA OBSTÉTRICA: CONCEPTUALIZACIÓN APROPIADA

*En la medida en que se le puede determinar sin excesivo riesgo de error, parece que la cifra de los locos sigue una curva bastante particular: ni la demográfica ni tampoco exactamente la del internamiento. En los primeros años de la Salpêtrière, si se suma el total de mujeres encerradas en las alas de La Magdalena, de Saint-Leveze, de Saint-Hilaire, de Santa Catalina, de Santa Isabel, así como en las mazmorras, se llega a la cifra de 479 personas, de las que puede decirse, en general, que están allí por alienadas...*¹³⁷

El maestro y doctor Ernesto Castelazo Morales aborda esta problemática desde otra perspectiva: para quien es fundamental

¹³⁷ Puesto que esas alas a menudo son reservadas a las mujeres retrasadas mentales, a las débiles de espíritu, a las locas por intervalos y a las locas violentas. Alienados designan aquellos que han perdido toda forma y huella de razón. El alienado ha dejado atrás su mundo, se ha vuelto extraño a los otros y a sí mismo. Foucault, Michel, *Historia de la locura en la época clásica, cit., passim*.

coincidir con lo establecido por la Organización Mundial de la Salud, como a continuación se señala:

- *Terminológica*. Trato digno y respetuoso durante el embarazo, el parto y el puerperio.
- *Ideológica*. No incluir en el concepto la actuación médica científicamente validada y jurídicamente normada.

Asimismo, el doctor Castelazo coincide con la postura de la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología (Femecog).

☞ México, D. F., junio de 2015. La Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, A. C. (Femecog), pendiente de la salud de las mujeres mexicanas y preocupada por la inquietud generada en los médicos especialistas en obstetricia y ginecología de todo el país, sobre las recientes modificaciones legislativas en distintas entidades federativas de la llamada violencia obstétrica, emite el siguiente pronunciamiento:

El ejercicio de la especialidad médica en obstetricia y ginecología se realiza en el marco del conocimiento científico actualizado, basado en las mejores evidencias y prácticas que tienen como único e inamovible objetivo el bienestar del paciente, mismas que se encuentran detalladamente descritas en la normatividad oficial mexicana vigente y que son de observancia obligatoria (Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993). A esto contribuye una preparación estructurada, sistematizada, continuada, validada y certificada que le toma al profesional al menos once años de entrenamiento.

Los ginecobstetras mexicanos estamos de acuerdo en que toda acción médica debe realizarse con estricto apego a los derechos de igualdad, no discriminación, respeto, así como a ser precedida por la disposición de información adecuada y suficiente, siempre tutelando la vida y preservando la integridad y autonomía de las mujeres durante el proceso reproductivo y sobre las decisiones respecto a su fertilidad.

Es preocupante que corrientes ideológicas sin sustento científico en la atención del embarazo, parto y puerperio, puedan poner en riesgo la vida y la salud de las mujeres y sus hijos, al proponer prácticas cuya eficiencia y seguridad no han

sido demostradas e incrementan los riesgos. Es más preocupante aun cuando los índices de mortalidad, morbilidad materna y perinatal se encuentran muy distantes de los márgenes considerados satisfactorios, ya que en nuestro país son indicadores que revelan no sólo un grave problema de salud pública sino de desarrollo social.

Al ser la mujer la protagonista del evento reproductivo, es importante considerar y ponderar los procesos fisiológicos y sus decisiones, amparando en todo momento su integridad y sus derechos. Los ginecobstetras mexicanos estamos completamente de acuerdo en intervenir sólo en aquellos casos en los que se requiera salvaguardar el bienestar de la madre y de su hijo.

No obstante, estamos en total desacuerdo en que se le denomine violencia obstétrica a la intervención médica o a la realización de procedimientos operatorios que cuentan con una validación y sustento científico y que demuestran el beneficio en la vida y la salud de la madre y de su hijo (claramente señalados en la normatividad oficial mexicana antes señalada). Estamos conscientes que todo procedimiento debe ser explicado y consentido por la madre, aunque los estados de emergencia pueden constituir una excepción.

En nuestro país, las condiciones de la actual infraestructura hospitalaria no permiten realizar prácticas de acompañamiento durante el trabajo de parto y nacimiento, las cuales serían deseables. Dicha infraestructura es uno de los principales factores que intervienen en este complejo proceso y los ginecobstetras somos totalmente ajenos a ella.

Estamos dispuestos a trabajar con las autoridades correspondientes de manera conjunta, en pro de mejorar la calidad de la atención de las mujeres mexicanas mediante la capacitación continua del personal, la procuración de una infraestructura acorde a las necesidades, y de recursos humanos y materiales suficientes que favorezcan una atención médica de calidad y calidez. La carencia de instalaciones apropiadas, de suministros esenciales y de personal calificado, es una realidad inobjetable.

No ha sido ni será la solución, enfocarse en generar leyes de carácter punitivo para quienes tienen como objetivo único y esencial el cuidado y bienestar de las mujeres durante el proceso reproductivo. Antes que la tipificación penal de la llamada violencia obstétrica, deberán buscarse medidas de tipo administrativo y de políticas públicas en salud que refuercen el marco normativo y de derechos humanos.

La Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología así como las 76 agrupaciones que la conforman en todo el país, respaldará solidaria y legalmente a cualquier especialista en Obstetricia y Ginecología que sea señalado por su quehacer científicamente validado y oficialmente normado.

- 2.2 millones de nacimientos anuales.
- 250 a 300 mil con complicaciones.
- 30 mil con complicaciones severas.
- Fallecen 1,000 mujeres.
- 80% de las defunciones maternas son prevenibles.
- Indicador sensible de inequidad social y de la calidad y acceso a los servicios de salud.
- Disparidad en acceso a la atención obstétrica.
- Calidad de atención deficiente.
- Causas indirectas.¹³⁸

IV. ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS A LA SALUD MATERNA

Una maniaca tenía la costumbre de desgarrarse los vestidos y de romper todos los objetos que estaban al alcance de su mano; se le administra la ducha o se le pone la camisa de fuerza, ella parece finalmente humillada y consternada; pero por miedo de que esa vergüenza sea pasajera y el remor-

¹³⁸ Dirección General de Información en Salud, SSA, 2014.

dimiento muy superficial, el director, para imprimirle un sentimiento de terror le habla con firmeza más enérgica, pero sin cólera, y le anuncia que en adelante será tratada con la mayor severidad. El resultado deseado no se hace esperar: Su arrepentimiento se anuncia por un torrente de lágrimas, que ella derrama, sin cesar, durante casi dos horas.¹³⁹

En México la Constitución Política establece en su artículo 1o.:

☞ Todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos por esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.¹⁴⁰

Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia.¹⁴¹

Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley.¹⁴²

¹³⁹ Pinel, Scipion, *Traité médico-philosophique*, París, 1809, p. 206, citado por Foucault, Michel, *Historia de la locura en la época clásica*, cit.

¹⁴⁰ Reformado mediante decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 10 de junio de 2011.

¹⁴¹ Adicionado mediante decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 10 de junio de 2011.

¹⁴² *Idem*.

Principios rectores

Entender la salud materna, la mortalidad y morbilidad materna como cuestión de derechos humanos es un cambio fundamental de paradigma.

Este nuevo paradigma basado en los derechos humanos:

- 1) Permite ocuparse de la salud en general y no de enfermedades aisladas.
- 2) Promueve mejorar la calidad de la atención en la salud materna y no solamente evita defunciones o la morbilidad asociadas a la maternidad.
- 3) Deja de ver a las mujeres como receptoras pasivas de tratamientos médicos, para verlas como agentes activas con el derecho a participar en las decisiones que se toman sobre sus cuerpos y sus vidas.
- 4) Empodera a las mujeres para que reivindiquen sus derechos.
- 5) Logra transformar a los sistemas nacionales de salud de un aparato administrativo de intervenciones e insumos básicos, a un sistema justo y efectivo de la salud.
- 6) Implica que los servicios de salud se otorgan como parte de las obligaciones jurídicamente vinculantes que tiene el Estado para garantizar los derechos fundamentales de las mujeres.
- 7) Incluye la entrega de servicios de salud oportunos, resolutivos y de calidad que satisfacen las necesidades de las mujeres al mismo tiempo que garantizan el derecho a la salud, a la no discriminación, al consentimiento informado, al buen trato, entre otros.
- 8) Implica adoptar medidas para garantizar la totalidad de los derechos vinculados a la salud sexual y reproductiva.
- 9) En el caso de México, implica adoptar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer, la violencia basada en género, el matrimonio precoz y/o forzado, el embarazo a temprana edad y otras prácticas nocivas que aún se mantienen vigentes en muchas de nuestras comunidades.

Para hacer efectivos los derechos de las mujeres a la salud materna es necesario que se cumplan las siguientes normas respecto de los establecimientos, los bienes y los servicios de salud.

- Disponibilidad: contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de aten-

ción de la salud, así como de programas. Esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado, así como medicamentos esenciales.

- **Accesibilidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todas las personas, sin discriminación alguna.
- **No discriminación:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquier motivo.
- **Accesibilidad física:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial de los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, las y los niños, las y los adolescentes, las personas adultas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso a lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.
- **Accesibilidad económica (asequibilidad):** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todas las personas. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de equidad, a fin de asegurar que esos servicios sean derechos públicos o privados, estén al alcance de todos o todas, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.
- **Acceso a la información:** ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la informa-

ción no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados confidencialmente.

- Aceptabilidad: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos de género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.
- Calidad: además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico, así como ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia y condiciones sanitarias adecuadas.¹⁴³

¹⁴³ *Guía para la aplicación del enfoque de derechos humanos a la salud materna.* Los contenidos de esta información fueron retomados del Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. A/HRC/21/22, 2 de julio de 2012.

EL DESEMPEÑO GUBERNAMENTAL ANTE ACCIONES DE TRABAJO COMUNITARIO POR ENFERMEDADES MENTALES EN LA ACTUALIDAD

Fernando CANO VALLE
Ricardo NANNI ALVARADO
Mónica PANTOJA NIEVES

En el año 2000, el *Perfil epidemiológico de la salud mental en México*¹⁴⁴ abordó el aspecto inherente en la política de salud pública, en donde la salud mental se relacionaba, al igual que la salud física y la pobreza, a la incidencia de estos padecimientos, lo cual exigía, de los afectados, mayor proporción de los ya de por sí pocos ingresos que generan, además de lo incapacitantes que resultan y que disminuyen o frenan el potencial de desarrollo de las personas y por lo tanto de los núcleos familiares. En la mayoría de los países, sobre todo en los de ingresos bajos y medios, los servicios de salud mental carecen de recursos, tanto humanos como económicos. La mayoría de los recursos de atención sanitaria disponibles se destinan actualmente a la atención y tratamiento especializado de los enfer-

¹⁴⁴ SINAVE/DGE/SALUD, *Perfil epidemiológico de la salud mental en México*, México, Secretaría de Salud, 2012.

mos mentales y en menor medida, a un sistema integrado de salud y describen lo siguiente:

☞ En lugar de proporcionar atención en grandes hospitales psiquiátricos, los países deberían integrar la salud mental en la asistencia primaria, ofrecer atención de salud mental en los países generales y crear servicios comunitarios de salud mental.

Por otra parte, el resumen ejecutivo de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS) 2011 se utilizó para recopilar información para el sistema de salud mental en México; con ello se pretende mejorar este sistema y proporcionar una línea base para monitorear el cambio, señalando que esto permitirá que el país elabore planes de salud mental con objetivos definidos. En este mismo orden de ideas se destaca que también resultará muy útil monitorear el progreso en la implementación de políticas de reforma, proporcionando:

☞ servicios comunitarios e involucrando a los usuarios, familias y otras partes interesadas en la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud mental.

En este mismo apartado se puntualiza que del total del presupuesto asignado a la salud, solamente el 2% es orientado a la salud mental; de este monto, se destina 80% a la operación de los hospitales psiquiátricos; aclarando que dadas estas condiciones, las acciones enfocadas al trabajo comunitario se ven reducidas.

El eje de la atención de la salud mental es el tercer nivel, ejemplo de ello es que existen 46 hospitales psiquiátricos frente a 13 unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales y ocho establecimientos residenciales. Aunado a lo anterior, el acceso se ve limitado por barreras geográficas, ya que la mayoría de estos servicios se ubican en las grandes metrópolis o cercanos a ellas.

Se cuentan con 544 establecimientos de salud mental ambulatorios que ofrecen atención a 310 usuarios por cada 100,000.

La mayoría de los pacientes adultos, la población de niños y adolescentes asciende a 27% en unidades ambulatorias y a 6% en hospitales psiquiátricos. Estas cifras resultan preocupantes si consideramos que la edad inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se encuentra en las primeras décadas de la vida; tal como lo reportó la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en la cual se anota que el 50% de los trastornos mentales inician antes de los 21 años de edad.¹⁴⁵ De acuerdo con otros estudios, 24.7% de los adolescentes se encuentran afectados por uno o más problemas de salud mental. Los trastornos más recurrentes entre adolescentes son problemas de aprendizaje, retraso mental, trastornos de ansiedad y por déficit de atención, depresión y uso de sustancias, así como intentos de suicidio.¹⁴⁶ Los resultados también demuestran que aproximadamente el 50% de los pacientes que reciben atención, se atienden en servicios hospitalarios. En estudios anteriores se ha observado que México es uno de los países donde un porcentaje mayor de pacientes son tratados en servicios especializados independientemente de la gravedad del trastorno. Esta condición aumenta los costos de tratamiento y amplía la brecha de atención.

Las últimas políticas y acciones mundiales de salud mental plantean que:

☞ La atención primaria debe ser el punto donde se articule la atención de salud mental comunitaria. En este sentido, a México le falta mucho por hacer ya que sólo un 30% de los establecimientos cuentan con protocolos de evaluación y tratamiento para condiciones claves de salud mental.

¹⁴⁵ Medina-Mora, M. E. *et al.*, “Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México”, *Salud Mental*, 26(4), 2003, pp. 1-16, y Medina-Mora, M. *et al.*, “Prevalence, Service Use, and Demographic Correlates of 12-Month DSM-IV Psychiatric Disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey”, *Psychological Medicine*, núm. 35, 2005, pp. 1773-1783. Citado por IESM-OMS, *Informe sobre sistema de salud mental en México*, 2011.

¹⁴⁶ Benjet, C. *et al.*, “Youth Mental Health in a Populous City of the Developing World: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, núm. 50, 2009, pp. 386-395. Citado por IESM-OMS, *Informe sobre sistema de salud mental en México*, 2011.

Asimismo, el porcentaje de cursos de actualización y/o de educación, relacionado con temas de salud mental dirigidos a los profesionales que trabajan en este nivel, es menor al 15%.

El número total de recursos humanos que trabajan en dispositivos de salud mental asciende a 10,000 y la tasa por cada 100,000 habitantes se distribuye de la siguiente manera: 1.6 psiquiatras, 1 médico, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas, 2 profesionales/técnicos de salud. Estos recursos son insuficientes, mal distribuidos y la mayoría de ellos están concentrados en los hospitales psiquiátricos.¹⁴⁷

El Programa de Acción Específico para Atención Psiquiátrica, como parte del Programa Sectorial de Salud 2013-2018,¹⁴⁸ señala:

☞ El nuevo paradigma de atención comunitaria plantea el acceso fácil y oportuno a los servicios de psiquiatría en centros de salud, hospitales generales y servicios especializados. En búsqueda de la integración de esta red de atención psiquiátrica, debe fomentarse el fortalecimiento y la ampliación de la atención a la salud mental en los centros de primer nivel y los hospitales generales, sin contemplar la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos.

Una pregunta es: ¿cómo se va a prestar servicio de atención comunitaria si no hay psiquiatras especializados suficientes? Y otra: ¿cómo puede señalar este documento que los enfermos mentales —grupo vulnerable— son una prioridad del actual gobierno para el desarrollo e implementación de programas que coadyuven al fomento de su inclusión y el respeto a sus derechos humanos? Si como escribimos en líneas anteriores:

☞ ... se puntualiza que del total del presupuesto asignado a la salud, solamente el 2% es orientado a la salud mental; de este monto, se destina 80% a la operación de los hospita-

¹⁴⁷ *Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IEMS-OMS)*, México, 2011.

¹⁴⁸ Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

les psiquiátricos¹⁴⁹ aclarando que dadas estas condiciones, las acciones enfocadas al trabajo comunitario se ven reducidas.

Por lo que consideramos que no hay coherencia entre lo que el actual gobierno pretende transmitir y lo que en realidad no ejecuta de las acciones correspondientes. El presupuesto asignado no corresponde a un asunto prioritario.

Reiterando lo que pareciera inverosímil, el mismo programa en su página 29 señala:

☞ Del total del presupuesto asignado a la salud solamente el 2% es destinado a la salud mental (cifra muy inferior a la recomendada por la OMS) de este monto, se destina el 80% a la manutención de los hospitales psiquiátricos, por lo que las acciones enfocadas al trabajo comunitario se ven muy limitadas.

Siguiendo las recomendaciones de la OMS en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020, se planteó como uno de los retos la Cobertura Sanitaria Universal. Considerando el principio de equidad, y los estándares internacionales en materia de derechos humanos, las personas con trastornos mentales deberán poder acceder, sin riesgo de empobrecimiento, a servicios de salud y sociales esenciales que les permitan recuperarse y gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr, independientemente de la edad, el sexo, la raza, el estado socioeconómico o la orientación sexual.

☞ El énfasis debe estar en la atención comunitaria y en el primer nivel e iniciar en éste, integrarse en el segundo y tercer nivel no especializado, mediante programas eficientes de referencia y contrarreferencia que incluya al tercer nivel especializado y a las instituciones de seguridad social que otorgan servicios a sus derechohabientes (IMSS, ISSTE, Sedena, Semar, Pemex, etcétera).

¹⁴⁹ *Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IEMS-OMS), cit.*

En el capítulo IV, “Alineación a las metas nacionales”, tabla 1: Alineación de los objetivos del Programa de Acción Específico de Atención Psiquiátrica 2013-2018 con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y con el Programa Sectorial de Salud-2018, encontramos como objetivo del programa de acción específico: “Fortalecer y modernizar los servicios de atención psiquiátrica con enfoque comunitario, integral y multidisciplinario”.

En el capítulo V, “Objetivos, estrategias y líneas de acción”, se indica lo siguiente:

- 1) Misión: brindar atención psiquiátrica integral, con enfoque comunitario de alta calidad y con pleno respeto a los derechos humanos.
- 2) Visión: para el año 2018 se habrá avanzado en la atención psiquiátrica en el Sistema Nacional de Salud, con enfoque comunitario, calidad y respeto a los derechos humanos de los pacientes.
- 3) Objetivos: la presente administración del gobierno federal se plantea un objetivo general y seis objetivos específicos acorde a la problemática y retos del Sistema Nacional de Atención Comunitaria de Psiquiatría.
- 4) Objetivo general. Avanzar en la atención comunitaria e integral de las principales enfermedades mentales, basada en la evidencia científica y con pleno respeto a los principios y estándares internacionales en derechos humanos.
- 5) Estrategias y líneas de acción. Fortalecer y modernizar los servicios de atención psiquiátrica con enfoque comunitario, integral y multidisciplinario señala:

☞ El nuevo paradigma de atención comunitaria busca que los pacientes accedan con mayor facilidad y oportunidad a los servicios de psiquiatría y salud mental en los centros de salud, hospitales generales y servicios especializados, integrados en una red general de salud.

En los antecedentes de esta reflexión, el *Perfil epidemiológico de la salud mental en México* emitido en el año 2000 señala: “En lugar de proporcionar atención en grandes hospitales psiquiátricos, los países deberían integrar la salud mental en la asistencia

primaria, ofrecer atención de salud mental en los países generales y crear servicios comunitarios de salud mental”.¹⁵⁰

Estamos ante otra contradicción. El *Perfil epidemiológico de la salud mental en México* en el año 2000 muestra la importancia de crear servicios comunitarios, pero el Programa de Acciones Específico, Atención Psiquiátrica, del Programa Sectorial de Salud 2013-2018,¹⁵¹ engañosamente nos presenta la creación de servicios comunitarios como un *nuevo paradigma*.

En el punto 5, en cuanto a fomentar la investigación en salud mental y el desarrollo de modelos de atención comunitaria, señala:

☞ Actualmente se destinan pocos recursos para el desarrollo de investigaciones en este campo, y en especial para la investigación de traslación. Es indispensable que la investigación sea un vehículo para la innovación y mejoría de la calidad de la atención psiquiátrica, en especial de la investigación operativa, con el fin de fortalecer el conocimiento y la atención de estas enfermedades.

En este punto nos preguntamos: ¿cómo va a lograr el gobierno federal, la visión, la misión, los objetivos, las estrategias y las líneas de acción de este programa? Si como se desprende del párrafo anterior actualmente se destinan pocos recursos para el desarrollo de investigaciones en este campo.

En el capítulo VI, “Indicadores y metas”, la Tabla 2. Metas e Indicadores del Programa de Acción Específico de Atención Psiquiátrica 2013-2018, señala:

☞ Punto 1. Fortalecer y modernizar los servicios de atención psiquiátrica con enfoque comunitario, integral y multidisciplinario.

¹⁵⁰ SINAVE/DGE/SALUD, *Perfil epidemiológico de la salud mental en México*, México, Secretaría de Salud, 2012, p. 16.

¹⁵¹ Programa Sectorial de Salud 2013-2018, México, Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

Punto 5. Fomentar la investigación en salud mental y desarrollo de modelos de atención comunitaria.

Primero sería muy interesante conocer las estrategias para que estos indicadores y metas se cumplan y, segundo, si se tienen ya estructuradas las estrategias, ¿cuántos recursos se van a destinar para que se lleven a cabo? Y el presupuesto asignado, ¿es suficiente?

PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACIÓN 2015
ANÁLISIS ADMINISTRATIVO ECONÓMICO

(pesos)

RAMO: 12 Salud			ENERO DE 2015										Página: 1 de 3	
Clave	Unidad Responsable		Gasto Total	Gasto Corriente					Gasto de Inversión					
	Denominación	Suma		Servicios Personales	Gasto de Operación	Subsidios	Otros de Corriente	Suma	Inversión Física	Subsidios	Otros de Inversión			
	TOTAL		134,847,592,069	128,388,032,951	24,452,482,864	12,124,256,008	76,369,622,169	15,441,661,860	6,459,559,118	6,358,974,984	100,584,164			
	SECTOR CENTRAL		14,006,708,008	13,363,763,122	5,429,486,919	5,429,486,922	1,835,485,922	1,160,049,806	641,946,386	541,362,222	100,584,164			
100	Secretaría de Salud		129,937,452	129,937,452	99,745,471	28,091,981		1,500,000						
111	Coordinación General de Asuntos		62,068,177	62,068,177	50,607,068	11,161,509								
112	Dirección General de Comunicación Social		83,360,980	83,360,980	38,108,143	45,252,837								
113	Órgano Interno de Control		64,880,157	64,880,157	52,327,880	12,552,177								
114	Unidad de Asesoría Económica		22,386,001	22,386,001	18,470,810	5,915,191								
160	Comisión Nacional de Protección de Datos Personales		1,146,868,635	1,181,321,293	739,604,790	317,674,813	7,500,000	34,041,684	30,147,342					
170	Alta Especialidad		51,169,022	51,169,022	41,426,893	9,142,159		600,000						
171	Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social		32,078,486	32,078,486	25,583,655	6,494,831								
172	Dirección General de Relaciones Internacionales		357,148,640	357,148,640	17,379,670	7,903,493		331,865,477						
180	Comisión Nacional contra las Drogas		52,844,272	52,844,272	24,479,112	28,365,160								
300	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud		62,743,574	62,743,574	46,902,065	15,841,509								
310	Dirección General de Promoción de la Salud		409,227,018	409,227,018	65,018,021	34,341,782	309,887,215							
313	Nacional de Salud Mental		102,280,863	102,280,863	62,762,545	20,018,318	19,500,000							
315	Secretariado Técnico del Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes		59,739,393	59,739,393	13,755,107	6,259,286	38,725,000							
316	Subsecretaría de Epidemiología y Control de Infecciones		690,167,246	690,167,246	268,359,741	224,656,539	194,970,866	2,180,000						
500	Subsecretaría de Administración y Finanzas (Oficial Mayor)		4,176,276,232	4,176,276,232	50,893,289	12,259,132	4,113,123,811							
510	Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto		101,171,226	100,571,226	77,933,339	22,637,887			1,200,000					
511	Dirección General de Tecnologías de la Información		124,248,095	124,248,095	31,083,674	93,164,421								
512	Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales		215,137,588	158,282,505	86,087,611	72,174,894		10,000	56,855,083					
513	Dirección General de Recursos Humanos		946,606,176	946,606,176	837,551,134	93,030,042		16,016,000						
514	Dirección General de Desarrollo de la Infraestructura Física		865,876,049	412,716,252	70,347,542	342,368,710			453,159,797					
600	Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud		48,149,122	48,149,122	33,855,126	15,293,998								
610	Dirección General de Calidad y Educación en Salud		3,130,333,311	3,130,333,311	2,162,755,584	122,256,327	70,882,756	774,438,644						

PRESUPUESTO DE EGRESOS DE LA FEDERACIÓN 2015
ANÁLISIS ADMINISTRATIVO ECONÓMICO
(pesos)

RAMO: 12 Salud		ENERO DE 2015									
		Página: 2 de 3									
Unidad Responsable		Gasto		Gasto Corriente					Gasto de Inversión		
Clave	Denominación	Total	Suma	Servicios Personales	Gasto de Operación	Subsidios	Otros de Corriente	Suma	Inversión Física	Subsidios	Otros de Inversión
611	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud	946,494,191	845,910,027	433,945,045	29,569,254	382,395,728		100,584,164		100,584,164	
613	Dirección General de Información en Salud	85,715,816	85,715,816	44,299,833	41,415,983						
614	Dirección General de Evaluación del Desempeño	35,120,786	35,120,786	18,068,155	17,052,631						
	ÓRGANOS ADMINISTRATIVOS DESCONCENTRADOS	95,403,516,405	92,375,762,225	3,018,556,363	4,873,539,981	70,517,640,624	14,266,043,257	3,027,733,180			
E00	Administración del Patrimonio de la Federación	65,565,453	65,565,453	42,459,643	8,105,810		15,000,000				
I00	Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea	85,670,701	85,670,701	53,879,552	31,791,149						
K00	Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA	332,801,988	332,801,988	33,505,311	174,487,198	124,799,479					
L00	Comisión Nacional de Salud Sexual y Reproductiva	2,027,550,769	2,027,550,769	81,616,103	505,746,148	1,439,126,028	62,460				
M00	Comisión Nacional de Arbitraje Médico	124,472,104	124,472,104	93,342,219	31,129,885						
N00	Servicios de Atención Psiquiátrica	902,814,576	893,326,386	717,838,458	175,487,938			9,488,180			
O00	Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades	857,068,800	840,938,327	140,938,327	147,394,332	555,620,003	13,115,138				
Q00	Centro Nacional de Trasplantes	21,987,150	21,987,150	15,887,317	6,099,833						
R00	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia	2,022,008,613	2,022,008,613	45,547,222	1,811,848,952	164,612,809		14,314,607			
S00	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios	1,122,571,422	1,108,256,815	627,619,265	166,537,550	314,100,000					
T00	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	41,827,350	41,827,350	28,191,151	13,638,199						
U00	Comisión Nacional de Protección del Medio Ambiente y Salud	86,952,828,065	83,948,897,672	690,320,832	1,382,228,906	67,538,482,305	14,237,865,629	3,003,930,393			
V00	Comisión Nacional de Biología	45,329,420	45,329,420	26,083,759	19,265,661						
X00	Comisión Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones	801,018,994	801,018,994	421,348,204	98,770,790	280,900,000					
	ENTIDADES APOYADAS	25,438,367,156	22,648,487,604	16,004,272,862	5,915,230,165	714,016,259	14,968,498	2,789,879,552			
MTA	Centro Regional de Alta Especialidad de Chapas	1,160,389,073	1,160,389,073	797,910,448	382,378,625		100,000				
M7F	Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz	344,634,628	344,634,628	253,668,874	89,865,754	1,000,000	100,000				
MTK	Centros de Integración Juvenil, A.C.	655,243,726	655,243,726	609,374,455	49,769,271		100,000				
NAW	Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	1,188,090,444	1,188,090,444	875,842,454	312,147,990		100,000				
NBB	Hospital General "Dr. Manuel Gela González"	1,537,407,550	961,538,262	718,675,484	242,962,768		100,000	575,869,318			
NBD	Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"	2,998,744,326	2,496,197,633	2,098,204,146	397,893,487		100,000	502,546,693			
NBG	Hospital Infantil de México Federico Gómez	1,328,652,962	1,323,652,962	970,431,647	353,121,315		100,000	5,000,000			

ANÁLISIS ADMINISTRATIVO ECONÓMICO

(pesos)

RAMO: 12 Salud		ENERO DE 2015									
		Página: 3 de 3									
Clave	Unidad Responsable	Gasto Total	Gasto Corriente				Gasto de Inversión				
			Suma	Servicios Personales	Gasto de Operación	Subsidios	Otros de Corriente	Suma	Inversión Física	Subsidios	Otros de Inversión
NBQ	Hospital Regional de Alta Especialidad de Baja California	1,034,401,421	694,586,107	486,159,534	208,326,573		100,000	339,815,314	339,815,314		
NBR	Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca	455,998,616	455,998,616	330,187,500	125,711,116		100,000				
NBS	Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán	774,158,473	774,158,473	517,059,813	256,998,660		100,000				
NBT	Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria "Bicentenario 2010"	679,832,247	292,935,291	240,960,951	51,874,340		100,000	386,896,956	386,896,956		
NBU	Hospital Regional de Alta Especialidad de Tlaxcala	1,069,523,218	540,136,059	318,869,637	221,166,422		100,000	529,387,159	529,387,159		
NBV	Hospital Regional de Alta Especialidad de Oncología	1,393,831,671	1,201,548,622	629,741,714	571,706,808		100,000	192,283,149	192,283,149		
NCA	Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez	961,869,851	961,869,851	730,516,309	231,253,542		100,000				
NCD	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas	1,142,147,821	1,141,499,337	754,131,069	386,748,268		620,000	648,484	648,484		
NCE	Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos	202,634,403	57,334,657	30,396,203	26,937,194		101,260	145,299,746	145,299,746		
NCG	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán	1,220,199,052	1,218,199,052	962,866,483	255,432,569		100,000	2,000,000	2,000,000		
NCH	Instituto Nacional de Medicina Genómica	205,716,155	205,716,155	101,465,054	104,041,101		210,000				
NCK	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez	713,404,457	713,404,457	480,856,752	232,447,705		100,000				
NCZ	Instituto Nacional de Perinatología	1,272,905,088	1,272,905,088	913,481,397	359,323,691		100,000	359,323,691	359,323,691		
NDE	Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes	874,227,116	874,227,116	597,666,778	286,460,338		100,000				
NDF	Instituto Nacional de Salud Pública	1,341,795,735	1,291,869,000	971,709,994	320,056,008		100,000	49,917,725	49,917,725		
NDY	Instituto Nacional de Salud Pública	400,021,406	400,021,406	321,591,861	78,229,545		200,000				
NHK	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	2,462,547,697	2,402,332,689	1,306,504,135	370,875,057	713,016,259	11,937,238	60,215,008	60,215,008		

Derechos de las personas con enfermedades psiquiátricas, editado por el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM y el Instituto Nacional de Estudios Históricos de las Revoluciones de México, se terminó de imprimir el 26 de septiembre de 2016 en los talleres de Litografía Visual, S. A. de C. V. Melchor Dávila 108, colonia Ampliación Miguel Hidalgo, 2da. Sección, delegación Tlalpan, 14250 Ciudad de México. Se utilizó tipo *Adobe Garamond Pro* en 9, 11, 13, 14 y 16 puntos. En esta edición se empleó papel cultural 57 x 87 de 90 gramos para los interiores y cartulina couché de 250 gramos para los forros; consta de 1000 ejemplares (impresión *offset*).