

**El encuadre en la psiquiatría  
dinámica**

Dr. José María Hernández Mata

**Trastornos mentales:  
reordenamiento operativo**

Dr. Mario Souza y Machorro

**Trastorno por Déficit de Atención e  
Hiperactividad en la infancia:  
revisión narrativa**

Dr. Hugo Enrique Hernández-Martínez  
Dr. Deldhy Nicolas Moya-Sánchez  
Dra. Marta Georgina Ochoa-Madrigal  
Psic. Nuria Melina Rojas-Cao  
Dra. Griselda Jiménez-Domínguez

**Tratamiento farmacológico de las  
alteraciones del ciclo  
sueño-vigilia-sueño**

Dr. Moisés Álvarez-Rueda J.  
Dr. Jorge A. Peña-Ortega  
Dra. Ma. Dolores Ramírez-González

**Resiliencia, rehabilitación y  
reincorporación del paciente  
adicto comórbido**

Dr. Mario Souza y Machorro



La decisión estratégica es:

# Firsito®

Escitalopram (5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg)

Cuando la **rapidez, eficacia y seguridad** importan

Las **4R's** de Firsito: (1)

**Rapidez:** Eficacia comprobada desde la primer semana.

**Remisión:** Disminución de los síntomas depresivos.

Previene las **Recurrencias:** Con su uso a largo plazo.

Reduce las **Recaídas:** Tiene un efecto significativo en su prevención.



**Zydus**  
dedicated  
to life

Si piensa en Zydus,  
piense en **calidad**

[www.zydusmexico.com](http://www.zydusmexico.com)

Reg. No. 048M2013 SSA IV

Referencia:

1.- Kirino, E. Escitalopram for the management of major depressive disorder: a review of its efficacy, safety, and patient acceptability. Patient Preference and Adherence. 2012;6:853-861.

Material para uso exclusivo del profesional de la salud

No. de Aviso: 213300202C1499

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA AC

# REVISTA APM

ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN

Octubre - Diciembre, 2022 | Vol. 2 No. 4

**Editor**

Dr. Enrique Chávez-León

**Coeditor**

Dr. Christian Gabriel Toledo Lozano

**Vicepresidencias**

Vicepresidente Región Occidente

Dr. Gerardo Díaz Sánchez

Vicepresidente Región Noroeste

Dra. Melissa Flores Franco

Vicepresidente Región Noreste

Dr. Iván Saúl Herrera Jiménez

Vicepresidente Región Centro

Dr. Alexiz Bojorge Estrada

Vicepresidente Región Sur

Dr. Rafael González Jorge

**Comité de Finanzas**

Coordinadora

Dra. Marisa Morales Cárdenas

Miembros

Dr. Raymundo Macías Avilés

Dra. Sherezada Pool García

Dr. Armando Vázquez López Guerra

**Comité Científico**

Coordinador

Dr. Dante Manuel Alvear Galindo

Miembros

Dra. Jacqueline Cortés Morelos

Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe

Dra. Sherezada Pool García

Dra. Ingrid Vargas Huicochea

Dra. Mónica Flores Ramos

Dr. Bernardo Ng

**Comité de Ética**

Coordinador

Dr. Víctor Octavio López Amaro

Miembros

Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe

Dra. Sherezada Pool García

Dr. Juan Luis Vázquez Hernández

Dr. Iván Saúl Herrera Jiménez

**Comité de Elecciones**

Coordinador

Dr. Lauro Castanedo de Alba

Miembros

Dr. Marco Antonio López Butrón

Dr. Enrique González Ruelas

**Comité de Admisión y Membresías**

Coordinador

Dr. Víctor Octavio López Amaro

Miembros

Dr. Luis Enrique Rivero Almanzor

Dr. Rafael González Jorge

Dr. Gerardo Díaz Sánchez

Dra. Marisa Morales Cárdenas

**Comité de Estatutos**

Coordinador

Dr. Alejandro Molina

Miembros

Dr. Eduardo Ángel Madrigal de León

Dr. Enrique Chávez-León

Dr. Enrique Camarena Robles

Dr. Aldo Antonio Suárez Mendoza

**Coordinadores**

Coordinadora Secciones Académicas

Dra. Sherezada Pool García

Coordinador Académico

Dr. Dante Manuel Alvear Galindo

Coordinador Editorial

Dr. Rafael Medina Dávalos

Coordinador de contenidos digitales

Dr. Marlon Edu Saavedra Delgado

**| EXPRESIDENTES APM**

Bienio Gestión	Nombre	Bienio Gestión	Nombre
1968-1969	Dr. Ramón de la Fuente Muñiz	1996-1997	Dr. Enrique González Ruelas
1970-1971	Dr. Guillermo Calderón Narváez	1998-1999	Dr. Luis Guillermo Ruiz Flores
1972-1973	Dr. Darío Urdapilleta Bueno	2000 - 2001	Dr. Enrique Camarena Robles
1974-1975	Dr. Rafael Velasco Fernández	2002 - 2003	Dr. Marco Antonio López Butrón
1976-1977	Dr. Héctor Hernán Tovar Acosta	2004 - 2005	Dr. Luis Enrique Rivero Almanzor
1978-1979	Dr. Carlos Puche Regis	2006 - 2007	Dr. Jesús Del Bosque Garza
1980-1981	Dr. Raymundo Macías Avilés	2008 - 2009	Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe
1982-1983	Dr. Carlos Campillo Serrano	2010 - 2011	Dr. Fernando López Munguía
1984-1985	Dr. Antonio Ruiz Taviel de Andrade	2012 - 2013	Dr. Eduardo Madrigal de León
1986-1987	Dr. Alejandro Díaz Martínez	2014 - 2015	Dr. Juan Luis Vázquez Hernández
1988-1989	Dr. Salvador González Gutiérrez	2016 - 2017	Dr. Enrique Chávez-León
1990-1991	Dr. Lauro Augusto Castanedo de Alba	2018- 2019	Dr. Aldo Antonio Suárez Mendoza
1992-1993	Dr. Armando Vázquez López-Guerra	2020-2021	Dr. Bernardo Ng
1994-1995	Dr. Gilberto Salgado Arteaga		

Certificación de Licitud de Título y de Contenido en trámite.

Dir. Gal. de Derechos del Autor: Depto. de Reservas. Reserva en trámite.

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA AC: REVISTA APM es el órgano de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. Los artículos y fotografías son responsabilidad exclusiva de los autores. La reproducción parcial o total para uso personal podrá hacerse siempre que se cite a la revista y su autor como fuente; para uso publicitario o promocional requiere la autorización del editor. Toda correspondencia debe ser dirigida a: Dr. Chávez-León, Periférico Sur 4194 1er. piso, Jardines del Pedregal, Deleg. Álvaro Obregón, C.P. 01900, México D.F. Tels.: 55 5652 5576 y 55 5652 5586. La revista Asociación Psiquiátrica Mexicana: Psiquiatría es realizada por Josué García De la Fuente, coordinación editorial y diseño de portada; Janín Muñoz Mercado, diseño y formación editorial; Valentina Gatti, cuidado de la edición; Valle San Juan del Río 10, Vista del Valle Secc. Elec., Estado de México C.P. 53290, Naucalpan, Estado de México, e-mail: contacto@dtres-agencia.com, sitio web: [www.dtres-agencia.com](http://www.dtres-agencia.com)

ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA MEXICANA AC

# REVISTA APM

ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN

Octubre - Diciembre, 2022 | Vol. 2 No. 4

## Contenido

---

7 Editorial: La Revista APM Órgano Oficial de la Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C.

---

9 Carta del coeditor

---

10 El encuadre en la psiquiatría dinámica

---

23 Trastornos mentales: reordenamiento operativo

---

42 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la infancia: revisión narrativa

---

63 Tratamiento farmacológico de las alteraciones del sueño-vigilia-sueño

---

79 Resiliencia, rehabilitación y reincorporación del paciente adicto comórbido

---



## La Revista APM. Órgano Oficial de la Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C.

Dr. Enrique Chávez-León\*

---

\*Médico, psiquiatra, maestro en Psiquiatría (Psicología Médica), doctorando en Bioética, coordinador de Posgrado y Educación Continua de la Facultad de Psicología de la Universidad Anáhuac México, coordinador de la Sección Científica de Trastornos de la personalidad y expresidente de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C.

---

En enero de 2022 se editó el primer número del volumen 2 de la Revista APM de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. Este es su número cuatro y quisiera mencionar los artículos que se han publicado este año.

- Sobre el tema de psicoterapia se han publicado cuatro: «Psicoterapia y tratamiento farmacológico», «Farmacoterapia combinada con psicoterapia. Una propuesta para el tratamiento de síntomas y trastornos en la pandemia por COVID-19 y previos a ésta en México», «Psicoterapia psicodinámica de corta duración en la pandemia por COVID-19. Una revisión rápida» y el «Encuadre en psicoterapia».
- «Malestar emocional en pacientes con aislamiento hospitalario por SARS-CoV-2» y las «Características clínicas y síntomas de COVID-19» son los dos artículos enfocados específicamente a las alteraciones mentales relacionados con la pandemia.
- «Personalidad: modelos y teoría» y «La personalidad narcisista y el equipo de salud», parte 1 y parte 2, son las tres publicaciones relacionadas con el tema de trastornos de personalidad.

- En el ámbito de la psiquiatría legal, se publicó «Trastornos mentales: reordenamiento operativo», de acuerdo con la LXV Legislatura.
- En el campo del tratamiento somático, se publicaron tres artículos: «Alteraciones tempranas en las subescalas cognitivas debido a la aplicación de terapia electroconvulsiva en pacientes con trastornos psiquiátricos graves», «Tratamiento farmacológico de las alteraciones del ciclo sueño-vigilia-sueño» y «Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la infancia: revisión narrativa».
- «*El túnel*, realidad, conocimiento y delirio» y ««Pero si lo tenía todo»: reflexión sobre el lamentable suicidio de Cheslie Kryst» son dos artículos relacionados con la psicopatología y el estigma.
- Uno de los números del volumen 2 estuvo dedicado al Congreso conjunto de nuestra APM AC y la Sociedad Mundial de Patología Dual; en este último número se publicó el artículo que lleva por nombre «Resiliencia, rehabilitación y reincorporación del paciente adicto comórbido».
- Las Memorias del VI Congreso Mundial de Patología Dual, correspondiente al número 2, incluyeron 34 resúmenes de ponencias y de 44 carteles, además de 24 resúmenes de conferencias por invitación y 10 de cursos transcongreso.
- En el volumen 2 de la Revista APM se publicaron 16 artículos, varios editoriales y 112 resúmenes del Congreso de nuestra APM, realizado en conjunto con la Sociedad Mundial de Patología Dual.

Agradezco el trabajo del equipo editorial y a los distinguidos socios por sus aportaciones, aparecidas en este volumen.

Les deseo pasen felices fiestas decembrinas y tengamos un próspero año 2023.

Con aprecio y agradecimiento.

DR. ENRIQUE CHÁVEZ-LEÓN

*Editor*





### **Estimados socios de la APM:**

Cada vez con mayor velocidad, somos testigos de progresos en múltiples campos del conocimiento, los cuales han favorecido el desarrollo e incorporación de avances científicos y tecnológicos dentro del ámbito de la salud, contribuyendo a optimizar las intervenciones diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y que impactan en el pronóstico (1-3).



Entre estos avances en salud mental, destacan las técnicas de neuromodulación (4-6), la farmacogenómica (7,8) y la psiquiatría de precisión (9). De igual forma, los avances en neurociencias han permitido la incorporación de moléculas como la esketamina (10) y la combinación de dextrometorfano/bupropión, recientemente aprobadas en depresión (11), o la lumateperona, con efectos sobre dopamina, serotonina y glutamato, útil en esquizofrenia y trastorno bipolar (12,13). En esta misma línea se pueden considerar algunas sustancias psicoactivas como el LSD, el DMT, MDMA y la psilocibina, que han arrojado resultados preliminares prometedores para padecimientos como la ansiedad, la depresión, los trastornos adictivos, el trastorno obsesivo compulsivo y el estrés post-traumático, entre otros (14-17).

Por otro lado, también se han desarrollado herramientas e intervenciones a través del uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), utilizando dispositivos electrónicos, programas informáticos, aplicaciones móviles y otros recursos digitales que pueden coadyuvar en la salud de las personas (18), lo cual ha despertado un interés creciente en nuestro medio, pues su aplicación ha mostrado una importante contribución en la salud mental (19-22).

Entre las ventajas que presentan las TIC están: contar con un mayor alcance y cobertura en la población (18), la facilidad de acceso y los costos reducidos, ya que, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de TIC en Hogares, cada vez más mexicanos cuentan con dispositivos idóneos para el uso de estas herramientas y acceso a internet (23), los cuales les permiten el acceso a





contenidos 24/7, tanto para la resolución de dudas como para el aprendizaje de herramientas y técnicas útiles para la atención de problemas de salud o el cuidado de la misma, además de permitir la implementación de intervenciones a distancia mediante la telemedicina (24,25); esta última, además, ha sido extremadamente útil para la mayoría de nosotros durante el reciente confinamiento, periodo en el cual se incrementó su utilización. Esto es tan sólo un ejemplo del alcance y los beneficios de las TIC en el campo de salud mental, por lo que es importante su incorporación a nuestro quehacer profesional.

Como podemos apreciar, todos estos avances en neurociencias, genética, eSalud, TIC, inteligencia artificial y muchas otras áreas del saber, nos permiten contar con más y mejores herramientas, estrategias e intervenciones para nuestra práctica clínica, ofreciendo un panorama prometedor para nuestra especialidad.

Les deseo a todos un excelente fin de año y les envío un afectuoso saludo, esperando seguir contando con su participación activa durante el próximo año.

Atentamente,

CHRISTIAN GABRIEL TOLEDO LOZANO  
*Médico adscrito a Investigación Clínica, Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE Académico de la Facultad de Medicina, UNAM Coeditor de la Revista de la Asociación Psiquiátrica Mexicana A. C. Investigador Nacional Nivel I, CONACYT 2023-2027*

## FUENTES

1. Tsang HWH, Lin JJ. Editorial: Novel Technology in Psychiatric Rehabilitation. *Front Psychiatry*. 18 de julio de 2022;13:979888.
2. Ruco A, Dossa F *et al.* Social Media and mHealth Technology for Cancer Screening: Systematic Review and Meta-analysis. *J Med Internet Res*. 30 de julio de 2021; 23(7):e26759.
3. Kasztura M, Richard A, Bempong NE, Loncar D, Flahault A. Cost-effectiveness of precision medicine: a scoping review. *Int J Public Health*. diciembre de 2019; 64(9):1261-1-71.
4. Li H, Cui L, Li J, Liu Y, Chen Y. Comparative efficacy and acceptability of neuromodulation procedures in the treatment of treatment-resistant depression: a network meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord*. mayo de 2021; 287:115-124.
5. Chen GW, Hsu TW, Ching PY, Pan CC, Chou PH, Chu CS. Efficacy and Tolerability of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation on Suicidal Ideation: A Systemic Review and Meta-Analysis. *Front Psychiatry*. 6 de mayo de 2022; 13:884390.
6. Tee MMK, Au CH. A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Sham-Controlled Trials of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation for Bipolar Disorder. *Psychiatr Q*. diciembre de 2020; 91(4):1225-1247.
7. Milosavljevic F, Bukvic , *et al.* Association of CYP2C19 and CYP2D6 Poor and Intermediate Metabolizer Status With Antidepressant and Antipsychotic Exposure: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 1 de marzo de 2021; 78(3):270.
8. Karamperis K, Koromina , *et al.* Economic evaluation in psychiatric pharmacogenomics: a systematic review. *Pharmacogenomics J*. agosto de 2021; 21(4):533-541.
9. Baldwin H, Loebel-Davidsohn L *et al.* Real-World Implementation of Precision Psychiatry: A Systematic Review of Barriers and Facilitators. *Brain Sci*. 16 de julio de 2022; 12(7):934.
10. Sapkota A, Khurshid H *et al.* Efficacy and Safety of Intranasal Esketamine in Treatment-Resistant Depression in Adults: A Systematic Review. *Cureus [Internet]*. 21 de agosto de 2021 [citado el 27 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/65409-efficacy-and-safety-of-intranasal-esketamine-in-treatment-resistant-depression-in-adults-a-systematic-review>
11. Majeed A, Xiong J *et al.* Efficacy of dextromethorphan for the treatment of depression: a systematic review of preclinical and clinical trials. *Expert Opin Emerg Drugs*. 2 de enero de 2021; 26(1):63-74.
12. Calabrese JR, Durgam S *et al.* Efficacy and Safety of Lumateperone for Major Depressive Episodes Associated With Bipolar I or Bipolar II Disorder: A Phase 3 Randomized Placebo-Controlled Trial. *Am J Psychiatry*. diciembre de 2021; 178(12):1098-1106.
13. Correll CU, Davis R, *et al.* Efficacy and Safety of Lumateperone for Treatment of Schizophrenia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 1 de abril de 2020; 77(4):349.



14. Goldberg SB, Pace BT, Nicholas CR, Raison CL, Hutson PR. The experimental effects of psilocybin on symptoms of anxiety and depression: A meta-analysis. *Psychiatry Res.* Febrero de 2020; 284:112749.
15. Varker T, Watson L, Gibson K, Forbes D, O'Donnell ML. Efficacy of Psychoactive Drugs for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review of MDMA, Ketamine, LSD and Psilocybin. *J Psychoactive Drugs.* 1 de enero de 2021; 53(1):85–95.
16. Dos Santos RG, Osório FL, Crippa JAS, Riba J, Zuardi AW, Hallak JEC. Antidepressive, anxiolytic, and antiaddictive effects of ayahuasca, psilocybin and lysergic acid diethylamide (LSD): a systematic review of clinical trials published in the last 25 years. *Ther Adv Psychopharmacol.* Junio de 2016; 6(3):193–213.
17. Andersen KAA, Carhart-Harris R, Nutt DJ, Erritzoe D. Therapeutic effects of classic serotonergic psychedelics: A systematic review of modern-era clinical studies. *Acta Psychiatr Scand.* Febrero de 2021; 143(2):101-118.
18. Díaz de León-Castañeda C. Salud electrónica (e-Salud): un marco conceptual de implementación en servicios de salud. *Gac México.* 15 de enero de 2019; 155(2):1153.
19. Liverpool S, Mota C *et al.* Engaging Children and Young People in Digital Mental Health Interventions: Systematic Review of Modes of Delivery, Facilitators, and Barriers. *J Med Internet Res.* 23 de junio de 2020; 22(6):e16317.
20. Arnhold M, Quade M, Kirch W. Mobile Applications for Diabetics: A Systematic Review and Expert-Based Usability Evaluation Considering the Special Requirements of Diabetes Patients Age 50 Years or Older. *J Med Internet Res.* 9 de abril de 2014; 16(4):e104.
21. Lim MSC, Hocking JS, Hellard ME, Aitken CK. SMS STI: A Review of the Uses of Mobile Phone Text Messaging in Sexual Health. *Int J STD AIDS.* Mayo de 2008; 19(5):287-290.
22. Rosser BA, Eccleston C. Smartphone applications for pain management. *J Telemed Telecare.* septiembre de 2011; 17(6):308-312.
23. INEGI. Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de TIC en hogares (ENDUTIH) 2018 [Internet]. 2018 [citado el 8 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/dutih/2018/default.html#Tabulados>
24. Díaz de León Castañeda C. TIC en el sector público del Sistema de Salud de México: Avances y oportunidades. *Acta Univ.* 5 de agosto de 2020; 30:1–25.
25. WHO Global Observatory for eHealth. mHealth: new horizons for health through mobile technologies: second global survey on eHealth. 2011 [citado el 27 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44607>



# El encuadre en la psiquiatría dinámica

Dr. José María Hernández Mata\*

.....  
\*Profesor investigador adscrito al Departamento de Psiquiatría  
de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San  
Luis Potosí.  
.....

## RESUMEN

En el artículo se menciona la necesidad de verbalizar las normas que deben regir la relación médico-paciente y el tratamiento, psicoterapéutico o no. En ese encuadre se enfatizan tres aspectos fundamentales: los compromisos mutuos, en el papel de ambos y el «cómo funciona» el apoyo psicoterapéutico. Los puntos mencionados tienen su origen en el psicoanálisis, por lo que se menciona al médico como «el psicoanalista», ya que, además, los temas del encuadre aplican también en la práctica psiquiátrica en general; se asume, pues, que todo psiquiatra debe saber manejar alguna forma de psicoterapia y no restringirse sólo a la prescripción farmacológica.

Los comentarios sobre el tema principal se plantean como fundamentales para la buena práctica médica.

**Palabras clave:** *Encuadre, psicoterapia, transferencia, resistencia, acting out.*

El encuadre es un marco de referencia que se otorga al paciente para que conozca el sentido básico de la comunicación que habrá durante el procedimiento terapéutico. Dado que la relación médico-paciente en psicoterapia varía mucho de la habitual en la consulta médica y de otras formas de comunicación, es necesario aclararlas para que el paciente vaya habituándose a ellas. En general, algunas observaciones a un interlocutor suelen ser entendidas como agresiones o críticas; en psicoterapia, éstas van dirigidas a ayudar al paciente en su exploración de introspección (1).

En la actualidad, es frecuente el uso de términos técnicos nacidos del psicoanálisis, como transferencia, resistencia, entre otros. Sin embargo, tam-

bién con frecuencia son conceptos equivocados que deben ser corregidos en el encuadre.

En la medicina en general, se ha perdido el hábito de aclarar al paciente ciertas indicaciones, tanto para su estudio como para su tratamiento y pronóstico; ni siquiera se aclara ya en qué momento un paciente es dado de alta. Con esto se pierde toda formalidad y profesionalismo en el trato con un paciente que realmente espera aclaraciones precisas. De esto es responsable el médico, que suele no respetar las citas que él mismo da a sus enfermos. «Lo veré entre un paciente y otro», «Véngase como a las cinco», son indicaciones comunes. O bien, sobre el tratamiento: «Tome este antibiótico por cinco días», indica, pero nunca dan cita para evaluar su respuesta o si hay síntomas residuales o complicación; no se habla del alta y menos de la fecha de ésta, es el paciente quien tiene que «suponer» qué hará con la prescripción. El mismo médico pierde noción de su papel, razón por la que frecuentemente hay enojo, con el consabido deterioro de la relación profesional, porque el paciente no siguió las indicaciones dadas, cuando esa parte es responsabilidad exclusiva del paciente, una vez que su doctor le explicó la razón de éstas y las dejó por escritas en impresora, no manuscritas.

En las psicoterapias se hace énfasis en tres aspectos del encuadre: a) los compromisos mutuos, b) el papel de ambos, y c) cómo funciona.

A) En cuanto al primer aspecto, los compromisos mutuos, deben definirse cuántos días de la semana se verán, qué duración tendrá cada sesión, qué ocurrirá si el paciente llega tarde o si es el terapeuta quien inicia con retraso, con cuánta anticipación debe avisar un paciente si cancela una sesión, cuántas sesiones can-

celadas se pueden tolerar, cómo será el pago y si será posible o no la comunicación fuera de consulta (1,2).

- En las psicoterapias breves, la frecuencia de las sesiones suele ser semanal y la duración de cada una es de 45 minutos.
- Si el paciente llega tarde, su sesión se otorga, pero terminará a la hora que se había convenido, es decir, si llegó 20 minutos tarde, la sesión durará sólo 25 más, pero el costo de la sesión es completo. Si el que comienza tarde es el terapeuta, éste preguntará al paciente cuándo puede reponer el tiempo perdido, lo que no implica un pago extra.
- Analista y paciente deben acordar con cuánto tiempo de anticipación debe cancelarse una sesión sin que la pague, dado que, si no asiste y no cancela, la sesión se cobrará como si hubiera sido realizada, puesto que su tiempo no fue ocupado por nadie más.
- En el encuadre debe precisarse el número de sesiones canceladas, aunque sea con mucha anticipación, sin perder las fechas y horas de consulta. Es importante porque, de otra manera, se pierde la formalidad y el compromiso de ambos.
- Acordarán cómo será el pago: efectivo, transferencia, por sesión, por mes, etc. Se aclarará si hay alguna tolerancia de deudas y cuál sería el límite antes de suspender el tratamiento por falta de pago. Habrá de aclararse el costo de cada sesión: hay quienes son inflexibles y prefieren no tratar a un paciente





que no pueda pagar una cuota ya pre-determinada, mientras que otros terapeutas están dispuestos a marcar un rango de pago dependiendo de la capacidad económica del paciente, de la frecuencia con la que se van a ver, etc. Durante la entrevista de evaluación, el terapeuta debe hacer un cálculo de la capacidad del paciente para pagar un tratamiento de este tipo.

- Finalmente, el terapeuta aclarará si el paciente puede comunicarse de alguna manera con él, entre sesiones;

si esto no está permitido, en qué circunstancias se puede tolerar, hasta qué frecuencia de comunicación puede darse y por cuáles vías.

- En el caso de un estudiante en tratamiento, debe aclararse que preparar un examen no es razón de cancelación de una sesión. El paciente tiene el compromiso de administrar su tiempo; desde luego, si el examen coincide con la sesión, ésta debe ser reagendada o pospuesta hasta la siguiente programada.

B) En el papel de ambos: debe aclararse al paciente la importancia de su sinceridad y apertura absoluta para relatar las ideas y emociones que llegan a su mente de manera libre y espontánea, sobre todo si se ha planteado una psicoterapia de tipo analítico; y que a cambio de esa apertura sin censura el terapeuta estará en actitud de absoluta discreción. Pero, dada la costumbre moderna de comunicar todo a todos, sobre todo por vías electrónicas, el paciente debe tener claro que él también debe guardar discreción total de lo que se habla en sus sesiones, en el afán de aprender a salvaguardar su vida privada, parte importante de la solidez de su identidad y autoconfianza, además de evitar malentendidos con las personas que son ajenas a su proceso. Se aclarará el proceso de alta, el sentido de las intervenciones, el respeto mutuo, la restricción del tipo de vínculo y el procedimiento en caso de que se deba hablar con un familiar para un punto concreto, así como el cumplimiento de los acuerdos del primer punto (1,2).

- Se debe aclarar que durante el tratamiento se van a tocar puntos sumamente privados y dolorosos, dado que son justamente los causantes del malestar, que se tocarán temas y detalles que normalmente no se hablan con nadie. Es por ello que se le pide que sea una persona muy sincera y no frene u oculte ideas o emociones; de otra manera, se dejan zonas oscuras en la revisión de su vida interior.
- Por parte del terapeuta, éste guardará en absoluto secreto los datos que el paciente exprese, aun ante otros colegas.

- Sólo hay una excepción a la regla del silencio y debe decirse al paciente: en caso de riesgo suicida, el terapeuta está obligado a comunicar esa circunstancia a la familia de inmediato.
- Poco más arriba mencioné la necesidad de explicitar que el paciente debe también mantener en secreto el contenido de las sesiones. Es muy común que, por falta de un buen encuadre, el proceso privado y exclusivo de un paciente pasa a redes sociales por iniciativa del paciente mismo. Una falla a estos acuerdos de encuadre deberá revisarse como punto de la terapia, por considerarse un *acting out*.
- Es papel del terapeuta intervenir en momentos estratégicos de la conversación y en el siguiente punto, sobre cómo funciona la psicoterapia, aclararé algunas de las intervenciones que, según Fiorini, debe dar el terapeuta. El paciente debe conocer el sentido de esas intervenciones para que no las interprete como intromisión ni como agresión.
- Es un compromiso muy serio y formal que el tipo de vínculo terapeuta-paciente se restrinja exclusivamente al aspecto profesional. No debe permitirse ninguna relación amistosa, ni mucho menos amorosa o erótica: esto constituye una falta ética muy grave por parte del terapeuta.
- Es necesario aclarar que el papel del terapeuta no es el de hacer juicios morales ni de hechos ni de personas; sus juicios son únicamente analíticos para que el paciente vaya logrando un

mayor conocimiento de sí mismo y de las personas que han influido en su formación psicológica. Debe aclararse que el papel de ambos es de entender, pero no de justificar o no, a sí mismo ni a otros.

- Dentro de este segundo punto del encuadre también ha de explicarse cuál es el procedimiento del alta. No será una decisión unilateral ni de última hora. El alta se planea y se conversa con el paciente conforme se va evaluando el avance del tratamiento con el rumbo que se propusieron desde el inicio. En el tercer punto hablaré sobre el foco terapéutico y será la resolución de éste lo que marque la decisión mutua de poner fecha de término, y que habitualmente requiere de varias sesiones antes del final.

C) Cómo funciona. Aun cuando se ha divulgado el conocimiento de las psicoterapias, en esa divulgación predomina la información equivocada. Se lleva el concepto de estos procedimientos a la categoría de creencia o ideología, situaciones muy destructivas para realmente alcanzar el propósito de estos tratamientos. Esto lleva a las personas a «creer ciegamente», con expectativas mágicas sobre el alcance de estos tratamientos; en otras personas, en cambio, la idea es «yo no creo en eso», como si se tratara de una fe religiosa. Esto obliga a hacer varias aclaraciones a los pacientes sobre la naturaleza terapéutica de estos métodos.

Deben conocer la naturaleza de lo inconsciente, las evidencias de ello, la forma como

el inconsciente genera síntomas, tanto psicológicos como físicos. La importancia que tiene el uso de medicamentos para mitigar síntomas precisos, de la importancia de conocer la etiología de la enfermedad que hemos de tratar. El sentido real que tienen los sueños, su forma de desencriptarlos, la libertad que traerá el conocer más de sí mismo. El tipo de intervenciones que vamos a hacer y el sentido que tienen. Lo que son las resistencias, la transferencia, la organización defensiva, la normatividad superyoica, lo que significa el *acting out*, los actos fallidos y en general las formas que tenemos de ingresar al inconsciente, todo esto planteado en términos que el paciente pueda comprender. Debe hablarse de cómo el nuevo conocimiento de sí mismo habrá de darle una perspectiva distinta de su persona y de su vida. Que los cambios no son mágicos, rápidos ni automáticos, que debe conocer la importancia de la disposición al cambio, cambio que buscará el paciente, no el terapeuta. Con todo esto, el paciente necesita reconocer en ello la importancia de su historia, de su crianza (3,4).

- En el encuadre, el paciente debe conocer que se trata de un procedimiento médico que no ha sido inventado ni creado al azar, se ha repetido y evaluado muchas veces a lo largo de los años, es un proceso sistemático, no improvisado y muy personal. Aun en el uso del diván en el psicoanálisis clásico, las técnicas se ajustan a la naturaleza del paciente y de su padecimiento. Que se requiere su participación, no es una confesión de pecados ni la búsqueda de alguna absolución, no es una forma de «sacar» lo que trae o sólo





de una catarsis, es una exploración a lo más profundo posible de su mente para buscar la reestructuración de la misma, de manera que pueda vivir sin las ataduras de traumas ni siquiera conscientes. No serán «platiqutas» simples, son conversaciones profundas en busca del bienestar.

- El inconsciente requiere una explicación didáctica para que sea breve, han de ponerse ejemplos que permitan la conceptualización correcta, mencionando al paciente las múltiples y frecuentes cosas que «decidimos» sin conocer en la conciencia el motivo real de esa decisión. Formas de expresión, etc.
- Debemos explicar las principales formas de acceso al inconsciente para que el paciente sepa la importancia de abordarlas: los actos fallidos (olvidos, equivocaciones lingüísticas, de los cuales dispondremos de muchos ejemplos), la asociación libre de ideas que nos permite caminar menos lento que con preguntas convencionales de consulta médica. El uso de las asociaciones libres para interpretar los sueños y la importancia de su contenido. Ha de darse detalle en la explicación de las reacciones de transferencia, dado que ésta puede ser un arma terapéutica, pero también un riesgo para la psicoterapia.
- También debe saber el paciente, que ciertos síntomas pueden mitigarse con medicación, y que la causa de algunas enfermedades mentales es por alteraciones de su biología, por lo que en un momento dado puede haber necesidad de medicarlo, siempre bajo la vigilancia del terapeuta. Que la decisión de usar medicamentos, psicoterapia o ambas, no depende del contentillo del paciente ni del terapeuta, sino de la etiología de la enfermedad y a veces de la severidad de un síntoma.



- Nuestras intervenciones pueden tener varios propósitos: aclarar un dato, verificar varios datos entre sí, confirmar la emoción que el paciente quiso explicar, confrontar al paciente con alguna contradicción de la cual no se percató, o para motivar a la introspección. Si el paciente conoce estos propósitos en nuestras intervenciones, esto evitará malas interpretaciones; por ejemplo, si el paciente habla de una figura idealizada, pero relata un hecho donde se evidencia una limitación del personaje, el terapeuta debe ser cauteloso para motivar introspección, puede decir algo como «¿es decir que su papá es un hombre muy sereno pero algunos temas lo irritan?».
- Respecto a los mecanismos defensivos, vamos a aclarar que ante los conflictos intrapsíquicos nos defendemos para no tomar conciencia plena de ellos, y esas defensas deben ser interpretadas como ayuda a la introspección.
- Cuando una persona inicia un tratamiento de este tipo, está motivado para él por sus malestares, pero al emerger conflicto en el tratamiento, puede haber oposición al tratamiento; esa oposición es una resistencia y el paciente debe saberlo para que no tome la interpretación del terapeuta como un reclamo.
- También debe saber que hay decisiones y conductas que el tratamiento expone y se realizan fuera de las sesiones, los *acting out*.
- Las normatividades morales y éticas pueden o no ser un problema en la vida emocional de la persona; si carece de ello, habrá

conducta antisocial, y si es excesiva, las culpas generan gran malestar. Hay que ilustrar al paciente sobre que sus normas éticas no serán impuestas: será él mismo quien determine su normatividad por convicción, esto hace que el paciente no vea en el terapeuta una reproducción de sus educadores y que será él quien lo defina (3,4).

Todo este encuadre suele darse en dos sesiones de manera general; luego, conforme se dan situaciones específicas, es necesario recordarle al paciente que se había hablado ya de ello: «¿Recuerda usted que había comentado que estas puntuaciones que hago no son con el afán de ofender sino de motivar su introspección?».

Es necesario tener la paciencia de darle al paciente un tiempo para que se habitúe a esta nueva forma de comunicación y vínculo humano.

## FUENTES

1. Fiorini H. Teoría y técnica de psicoterapias. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión; 1995, 21-47.
2. Sifneos P. Psicoterapia breve con provocación de angustia. Amorrourtu Editores; 1ª edición, 1993.
3. Gabbard G.O. Psiquiatría Psicodinámica en la práctica clínica. España: Editorial Médica Panamericana; 3ª edición, 2002, 11-16.
4. Sánchez-Barranco A. Psicoterapia dinámica breve: Aproximación conceptual y clínica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Abril/jun 2001; No. 78.



# Trastornos mentales: reordenamiento operativo

Dr. Mario Souza y Machorro\*

---

\*Psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista. Excoordinador de la Sección Permanente de Farmacodependencia y Alcoholismo y fundador de la Sección Permanente de Patología Dual de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. Coordinador de la Maestría en Psicoterapia de las Adicciones. Colegio Internacional de Educación Superior, CIES. Miembro del Consejo Mexicano de Psiquiatría, A.C. Academia Nacional Mexicana de Bioética, A.C.

---

## RESUMEN

El Reordenamiento Operativo de los Trastornos Mentales, ordenado por la Cámara de Diputados (LXV legislatura), modifica el uso del lenguaje, otorga consentimiento informado, valida el concepto de salud mental y define la recuperación desde los derechos humanos para internamiento voluntario y crisis justificadas (en Hospital General o de Pediatría) como último recurso. Previene que será por el tiempo estrictamente necesario en el lugar más cercano al domicilio familiar, respetando su capacidad jurídica, evitación del estigma y no discriminación. El desarrollo de actividades educativas socioculturales y recreativas planteado contribuirá a la salud mental y prevención de adicciones, en especial entre los grupos vulnerables. La difusión de orientación y promoción de

la salud mental y su prevención se incluirá en programas *ad hoc* para favorecer el acceso oportuno a la atención e implementación de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud, cuyo adiestramiento se dirige a prevenir, detectar, atender y recuperar la salud. Se insta a la mejor atención disponible con pertinencia lingüística, perspectiva intercultural y de género, y respeto a principios éticos-sociales, dignidad y posibilidad de tomar decisiones de voluntad anticipada y consentimiento informado, sin sometimiento ni coerción y respeto a la confidencialidad. Brindará diagnóstico integral e interdisciplinario y manejo clínico individual, sin atentar contra la integridad, según los principios legislativos nacionales e internacionales en los tres niveles de atención. Se analiza la comorbilidad, clínica y recomendaciones. Concluye señalando el periodismo que trastoca la

información y confunde, así como la mala voluntad de los líderes expresada en avaricia, poder y violencia. Se enfatiza el periodismo científico en la educación de la salud mental y se encomia el esfuerzo del personal de salud e invita a su diversificación operativa en beneficio colectivo.

**Palabras clave:** *Trastornos mentales, adicciones, psicotrópicos, patología dual, prevención-tratamiento-rehabilitación, clínica psiquiátrica, derechos humanos, periodismo científico.*

## ABSTRACT

The Operational Reorganization of Mental Disorders, ordered by the Chamber of Deputies (LXV legislature) modifies the use of language, grants informed consent, validates the concept of mental health and defines recovery from human rights for voluntary internment and justified crises (in General Hospital or Pediatrics), as a last resort. It prevents you from being for the time strictly necessary in the place closest to the family home, respecting your legal capacity, avoiding stigma and non-discrimination. The development of sociocultural and recreational educational activities will contribute to mental health and addiction prevention, especially among vulnerable groups. The dissemination of guidance and promotion of mental health and its prevention will be included in *ad hoc* programs, to favor timely access to the care and implementation of the Health Services of the National Health System, whose training is aimed at preventing, detecting, attending, recovering health. It urges the best available care with linguistic relevance, intercultural and gender perspective, and respect for ethical-social principles, dignity and the possibility of making decisions of advance directive and informed consent, without

submission or coercion and respect for confidentiality. It will provide comprehensive and interdisciplinary diagnosis and individual clinical management, without violating integrity, according to national and international legislative principles at the 3 levels of care. Comorbidity, clinical and recommendations are analyzed. He concludes by pointing to journalism that disrupts information and confuses, as well as the ill will of leaders expressed in greed, power and violence. Science journalism is emphasized with mental health education and the effort of health personnel is commended and invites their operational diversification for the collective benefit.

**Keywords:** *Mental disorders, addictions, psychotropics, dual pathology, prevention-treatment-rehabilitation, psychiatric clinic, human rights, scientific journalism.*

## INTRODUCCIÓN

Hace unos días fue modificada la legislación sobre los trastornos mentales por la LXV legislatura de la Cámara de Diputados. De inmediato los periodistas y la prensa en general difundieron la información. Sin embargo, una vez más, la forma como se dio a conocer fue alarmante e incompleta. En consecuencia, es oportuno el presente artículo, que revisa el tema, para aclarar lo sucedido frente a la noticia difundida.

Se define como *Periodismo* a «La actividad profesional que consiste en la obtención, tratamiento, interpretación y difusión de informaciones a través de cualquier medio escrito, oral, visual o gráfico. Es decir, se aplica a la recolección de datos, su procesamiento, análisis, enfoque y síntesis de la misma, sobre algún acontecimiento o información en general».



Lamentablemente ocurre a menudo, en especial en ciertos asuntos de interés público.

Los grupos científicos y demás instituciones sociales promueven, entre otros temas, la educación para la salud y sus aspectos psicosociales, como educación sexual y contra la violencia, y la patología dual (trastornos adictivos y trastornos mentales) en pro de la familia y la sociedad. Pero el «analfabetismo científico» favorece un manejo insuficiente de los casos. Las actividades informativo-promocionales a la comunidad, derivadas de intereses lucrativos —sin menoscabo de su psicopatología y manipulación de vectores de socialización—, influyen sobre el universo cultural receptor con impacto nocivo y cuya inercia asumida impide a la colectividad distinguir la inadecuada visualización de los problemas de la salud mental y social que difunden.

De este modo, los grupos sociales, inequitativamente preparados para percatarse de esa influencia perjudicial, permanecen incapaces de erigir una defensa razonable. El impacto de los medios de información sobre poblaciones vulnerables, por un lado, muestra, entre otras, conductas antisociales, comportamientos «de búsqueda de sensaciones nuevas e intensas» por motivos bizarros (patrones de consumo abusivo o dependencia de psicotrópicos), conducción de vehículos a alta velocidad, promiscuidad y violencia sexual, portación de armas, robos, vandalismo, etc., recreando así estados emocionales alterados —no sólo los derivados del interés de explorar el mundo, lo cual sería legítimo, sino los que provienen de la ignorancia, vacío existencial de las personas, frustración e insatisfacción vital, desesperación, enajenación, caos y tendencias suicidas de miembros de las distintas poblaciones infantojuveniles, adultas o senectas.

Por otro lado, no atiende como debiera, con puntualidad, veracidad y completud, las noticias de las que se encarga. Al respecto, se señala la existencia de una especie de analfabetismo científico que predomina en la mayor parte de las comunidades, las cuales, impulsadas por la información promovida por los medios, si bien se enteran de ciertos descubrimientos y noticias relevantes de la actividad científica, ignoran el contenido y orientación que da cuerpo a tales trabajos y, por tanto, su correcta aplicación. Tal chabacanería, como afirmó Carlos Fuentes al referirse a cierta difusión noticiosa responsable de la «banalización de la cultura», deriva del incompleto e incorrecto manejo del conocimiento a manos de los comentaristas y conductores de los medios, salvo honrosas excepciones. Es así como, por ejemplo, los profesores participantes en la labor de información, instrucción formativa y educación de la salud han llegado a múltiples conclusiones, de entre las que destaca la necesidad de profundizar y mantener el contacto con los grupos especializados y sus contribuciones, toda vez que se considera que los grupos sociales tienen niveles de conocimiento de la ciencia muy distintos, así como diferente enfoque de los problemas individuales-colectivos (1). Por esto, la responsabilidad de la educación general y la dedicada al conocimiento de la salud mental de la población reclama acciones éticas más efectivas de quienes integran la sociedad, donde el periodismo científico colabora verazmente, a diferencia del periodismo cotidiano, que selecciona, manipula los hechos y presenta lo que interesa a sus fines lucrativos, políticos y de poder.

Los trabajos de investigación de los últimos años, realizados en distintas instituciones de salud y educativas de México y el mundo, indican la necesidad de proceder con una diseminación científica



adecuada a la población, ya que la documentación especializada se encuentra dispersa en la literatura mundial y es, por tanto, difícil de localizar. Es necesario que el personal de salud y otros potenciales lectores se beneficien del conocimiento y las opiniones profesionales sobre los trastornos mentales y el problema del abuso/dependencia de psicotrópicos. Dicha convergencia se propone difundir la verdad científica actual sobre el tema a efecto de lograr una mejor acción diagnóstico-terapéutica-rehabilitatoria de la comorbilidad en los trastornos mentales y adictivos (2).

En la actualidad, los campos médicos, psiquiátricos y psicológicos acerca de los trastornos citados proclaman que las intervenciones clínicas sean de actuación simultánea y específica, basados en juicios

de ponderación farmacológica, de riesgo-utilidad y de costo-efectividad, no sólo de costo-beneficio. La preferencia de utilización de protocolos recomendados forma parte de estrategias generales que incluyen las modalidades psicoterapéuticas de modo complementario, por su utilidad a largo plazo en la evitación de recaídas y promoción de la rehabilitación *ad hoc* (3).

### **DESCRIPCIÓN**

La Gaceta Parlamentaria de la Cámara de Diputados de la LXV legislatura, el día 31 de marzo del 2022, en su número 5993-IV, presentó el dictamen de la minuta con proyecto de Decreto que: «Reforma adiciona y deroga diversas disposiciones de la Ley General de Salud en materia de salud mental



y adicciones» (1). Sus principales objetivos son: 1) el uso adecuado e incluyente del lenguaje, 2) el consentimiento informado, 3) el concepto de salud mental, 4) la definición de recuperación, 5) el respeto a los derechos humanos, el internamiento y alternativas comunitarias, 6) las situaciones de crisis, 7) la capacidad jurídica de cada individuo, 8) la evitación del estigma y la discriminación y 9) el apoyo a familiares y a su círculo social.

A efecto de su adecuada comprensión, se plantea lo que a la letra señala el interés del Decreto, centrado en: 1) El desarrollo de actividades educativas socioculturales y recreativas con carácter permanente que contribuyan a la salud mental y a la prevención de adicciones, preferentemente de grupos en situación de vulnerabilidad. 2) La

difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental, así como el conocimiento y prevención de los trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas y de adicciones. 3) La realización de programas para la prevención y control del uso de sustancias psicoactivas y de adicciones. 4) Las acciones y campañas de promoción de los derechos de la población sobre salud mental y adicciones, así como la sensibilización para reducir el estigma y la discriminación, a fin de favorecer el acceso oportuno a la atención. La implementación estratégica de los servicios de atención de salud y adicciones en establecimientos de la Red Integral de Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud que permita abatir la brecha de atención. 5) y 6) Derogados. 7) La participación de observadores externos en derechos

humanos y la implementación de un mecanismo de supervisión y desarrollo de los programas que promuevan, protejan y garanticen los derechos humanos en cualquier establecimiento de salud. 8) La detección de los grupos poblacionales en riesgo de presentar trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas y de adicciones, preferentemente niñas, niños y adolescentes y miembros de grupos vulnerables. 9) El desarrollo de equipos de respuesta inmediata para situaciones de crisis, capacitados en técnicas para atenuar el escalamiento de las crisis. 10) La capacitación y educación en salud mental del personal de salud en el Sistema Nacional de Salud. 11) El desarrollo de acciones y programas para detectar atender y prevenir el suicidio. 12) Las acciones que directa o indirectamente contribuyen a la prevención, atención, recuperación y fomento de la salud en la población.

En consecuencia, la población usuaria de los servicios de salud mental tendrá los siguientes derechos: 1) A la mejor atención disponible en materia de salud mental con perspectiva intercultural, pertinencia lingüística y perspectiva de género, lo que incluye el trato sin discriminación y con respeto a la dignidad de la persona en establecimientos de la Red Integral de Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud. 2) A contar con mecanismos de apoyo para la toma de decisiones y a directrices de voluntad anticipada sobre el consentimiento informado. 3) Al consentimiento informado de la persona con relación al tratamiento por recibir. 4) A no ser sometido a medidas de aislamiento, contención coercitiva o cualquier práctica que constituya tratos crueles, inhumanos o degradantes y, en su caso, ser sujeto a medios para atenuar el escalamiento de las crisis. 5) A un diagnóstico integral e interdisciplinario, y a un tratamiento

basado en un plan prescrito individualmente, con historial clínico revisado periódicamente y modificado de acuerdo con la evolución del paciente, que garantice el respeto de la dignidad de persona y sus derechos humanos. 6) A no ser sometido a tratamientos irreversibles o que modifiquen la integridad de la persona. 7) A ser tratado y atendido en su comunidad o lo más cerca posible del lugar en donde habiten sus familiares y amigos. 8) A la confidencialidad de la información sobre su salud. 9) A tener acceso y disponibilidad a servicios de salud mental y adicciones, 10) A los derechos establecidos en la legislación nacional y los tratados de convenciones internacionales vinculantes de los que México forma parte.

Es importante destacar que al final del Decreto (Art. 75) se agrega lo siguiente: 1) El internamiento de la población usuaria de los servicios de salud mental y las personas con consumo de sustancias psicoactivas y de adicciones será el último recurso terapéutico. 2) El internamiento se ajustará a los principios éticos y sociales, al respeto de los derechos humanos y la dignidad de la persona, así como con los requisitos que determine la Secretaría de Salud y demás disposiciones jurídicas aplicables. 3) El internamiento sólo podrá llevarse a cabo de manera voluntaria y cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones posibles para la persona. Se realizará por el tiempo estrictamente necesario y en el Hospital General o de Pediatría más cercano al domicilio del usuario. 4) Por ningún motivo el internamiento puede ser indicado o prolongado, con el fin de resolver los problemas familiares, sociales, laborales o de vivienda y de cuidado del paciente. 5) En el caso de las niñas, niños o adolescentes, se privilegiarán alternativas comunitarias. 6) En caso de que exista la justificación clínica para el



internamiento, éste se llevará a cabo en Hospitales Generales u Hospitales de Pediatría. 7) Asimismo, se recabará la opinión de niñas, niños o adolescentes y se dejará registro en la historia clínica (lo cual la hace obligatoria en todos los casos). 8) En caso de no estar de acuerdo con el internamiento, la institución, junto con la madre, el padre o tutor, deberán valorar otras alternativas de atención. 9) Todo tratamiento e internamiento de la población usuaria de los servicios de salud mental y las personas con consumo de sustancias psicoactivas y de adicciones (Art. 75) deberá prescribirse con previo consentimiento informado. 10) Los prestadores de servicios de salud mental públicos o privados están obligados a comunicar a la persona, de manera accesible, oportuna y en lenguaje comprensible, la información veraz y completa, incluyendo los objetivos, los beneficios, los posibles riesgos y las alternativas de un determinado tratamiento, para asegurar que los servicios se proporcionen sobre la base del consentimiento libre e informado. 11) Una vez garantizada la comprensión de la información a través de los medios y apoyos necesarios, la población usuaria de los servicios de salud mental tiene el derecho de aceptarlos o rechazarlos. 12) La persona con trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas y de adicciones es quien ostenta el derecho de consentir o denegar el permiso para cualquier tratamiento o internamiento, por lo que deberá presumirse que todos los pacientes tienen capacidad de discernir y deberán agotarse los esfuerzos para permitir que una persona acepte voluntariamente el tratamiento o el internamiento. 13) Se señala, en previsión de requerir en el futuro servicios de atención médica (Art. 75), que las personas tienen derecho a elaborar su voluntad anticipada en la que podrán determinar el tipo de acciones que desean que se tomen para su tratamiento o su ne-

gativa a recibir un tratamiento. 14) En dicha manifestación de voluntad anticipada se establecerá, en su caso, la forma, alcance, duración y directrices de dicho apoyo, así como el momento o las circunstancias de la designación de apoyos a futuro, utilidad y eficacia. La Secretaría de Salud (Art. 76) establecerá las Normas Oficiales Mexicanas para los establecimientos que prestan atención a la población usuaria de los servicios de salud mental y con consumo de sustancias psicoactivas y de adicciones, que forman parte de la Red Integral de Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud, de conformidad con los principios establecidos en esta ley. Los establecimientos del Sistema Nacional de Salud (Art. 77) elaborarán programas para la atención de los familiares y el círculo social cercano a las personas que experimentan dificultades psicoemocionales o condiciones de salud mental, sin que puedan traducirse en la aceptación de la voluntad y las preferencias de estas últimas, los programas podrán versar sobre canalizaciones a servicios, psicoterapias breves, promoción de apoyos grupales, entre otros. Por último, se puntualiza en el Decreto (Art. Transitorios) que: 1) El presente decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación para la ejecución y cumplimiento de las disposiciones contenidas en el presente Decreto. 2) Se realizarán en forma gradual y progresiva en los tres niveles de atención considerando los recursos disponibles. 3) Se le señala al Ejecutivo Federal un plazo no mayor a 180 días naturales a partir de la entrada en vigor del presente Decreto, para emitir las disposiciones reglamentarias que permitan proveer en la esfera administrativa, lo previsto en el Decreto y actualizar las ya existentes con el fin de su armonización incluidas las Normas Oficiales Mexicanas en la materia. (Fin del resumen del Decreto).

En este contexto, cabe señalar que la intención y praxis de la psiquiatría, tanto en México como en otros países, es entender y atender los trastornos mentales y los trastornos adictivos que ahora incluyen la visión de la comorbilidad de uno y otro grupo en su forma de patología dual. Su meta al efecto es: 1) la reducción de la demanda y, a la par, el control farmacológico y psicoterapéutico de esa coexistencia patógena y sus variadas consecuencias en cada paciente, 2) el fomento de la alianza terapéutica, para el logro del apego al tratamiento, 3) la eliminación de la reincidencia e inclusión y fortalecimiento, a largo plazo, de todos los factores de crecimiento posibles, 4) bajo la visión humanista dirigida a la adquisición y desarrollo de nuevas habilidades autoafirmativas vitales, que detienen el progreso individual y colectivo (3).

En tal sentido, la unificación de criterios al efecto requiere de un glosario accesible al personal de salud, que no se ha podido establecer al pasar de los años, y que puede favorecer la comunicación entre el personal de salud y el paciente, éste y sus familiares, y el público en general, que aún ignora la terminología profesional, para que se facilite la comprensión a los interesados no familiarizados con el tema, que son muchos. Se estima en su conjunto que, bajo la visión humanista en la que están incluidos los individuos sospechosos de caso, los pacientes duales —es decir, con patología dual diagnosticada—, las acciones médicas correspondientes (diagnóstico-terapéuticas-rehabilitatorias e inserción social) y el personal de salud, se favorecerá el éxito de las maniobras de abstinencia —total y permanente y, en su caso, la abstinencia relativa y parcial— de las acciones dirigidas a la reintegración social.

De este modo, el trastorno por dependencia al alcohol, por ejemplo, y su vínculo con los trastornos

de la personalidad —bajo el concepto de comorbilidad—, favorece su reconocimiento y manejo a largo plazo, merced al estudio y comprensión de los mecanismos etiopatogénicos interactivos del abuso y la dependencia, y las sempiternas condiciones previas de salud del paciente que deben tomarse en cuenta en cada uno de los casos (1). En ese contexto, la relación entre el profesional y su paciente, la alianza terapéutica y el apego al tratamiento son fundamentales —al igual que en todo proceso curativo-rehabilitatorio—, destinados a la patología dual (trastorno de la personalidad y trastorno adictivo por dependencia al alcohol u otros psicotrópicos), debido a la alta frecuencia del consumo mixto. El uso actual de la neuroimagenología y la evaluación neuropsicológica son esenciales para los pacientes duales con abuso/dependencia y otros trastornos mentales, dado que benefician su diagnóstico y atención (2,4). Estudios epidemiológicos señalan que la presencia de trastornos mentales es más alta en los pacientes duales que en la población general. Su concurrencia patógena es elevada (especialmente con personalidad antisocial-sociopatía, esquizofrenia, trastornos afectivos y trastornos de ansiedad), sin menoscabo de que favorecen el riesgo de trastorno bipolar, fobia social y ataques de pánico.

Se ha documentado, por ejemplo, que la depresión, los intentos suicidas y el suicidio son trastornos frecuentes entre quienes padecen la patología dual referida (5). Esto obliga, entre otras cosas, a ser cuidadoso en la evaluación clínica, en particular en la aplicación de la historia clínica, para no centrarse exclusivamente en la dependencia, sino para alcanzar a visualizar el trastorno mental, que antecede, acompaña o se desarrolla en consecuencia, y cuya integración diagnóstica es fundamental para la correcta planeación de la estrategia terapéutica. Es

conveniente que sea apoyada por el uso de la neuroimagen y la evaluación especializada vía batería neuropsicológica (6).

La relación entre el profesional y el paciente dual, las vicisitudes de la alianza terapéutica y el consecuente apego al tratamiento, son herramientas fundamentales de todo proceso diagnóstico-curativo-rehabilitatorio, todo lo cual, a la postre, con su efectividad, será esencial para las actividades destinadas a la prevención de recaídas, dado que éste se considera un pilar decisivo de la reparación de los daños causados por la dependencia y su comorbilidad, al actuar desde el nivel de afectación neuropsicológica, tanto individual como vincular y social. La meta en favor de la rehabilitación y reintegración social deberá acompañarse del énfasis en la prevención de males mayores. Todo ello, en su conjunto, forma parte de la realización de las *mejores prácticas* de la especialidad, meta siempre deseable y de indudable valor (2,4).

La visión psicoterapéutica, por su parte, que enriquece la labor conjunta y complementaria del manejo psicofarmacológico, debe reconocer también la frecuente posibilidad de consumo simultáneo de otros psicotrópicos, para mejorar la visión global del problema, favorecer la pronta recuperación, promover y mantener la prevención de recaídas y apoyar la rehabilitación a largo plazo, vigorizando las maniobras individuales destinadas a la reintegración social (6).

Durante mucho tiempo, en la clasificación de los trastornos mentales se discutió la existencia de una «personalidad alcohólica» en los individuos que presentaban algún tipo de dependencia de sustancias psicotrópicas. Desechado ya en la actualidad ese concepto, al considerarse entidades





clínicas diferentes con etiopatogenia independiente entre ambos, pero capaz de influir uno al otro, los individuos con trastorno por consumo de sustancias han mostrado tener diferentes tipos de personalidad (2). Además, un trastorno de la personalidad puede ser determinante en el desarrollo de distintas entidades de la patología por dependencia. No hay duda de que la mayoría de los individuos con alguna dependencia a psicotrópicos presentan cierta vulnerabilidad neuropsicológica que les impide manejar adecuadamente sus emociones y que encuentran o desearían encontrar en las sustancias adictivas, una especie de «muleta emocional» para enfrentar las emociones disruptivas, aunque su resultado sea a menudo contraproducente, pues el efecto neurotóxico del alcohol, así como el de otros psicotrópicos asociados, invalida aún más al individuo para encarar su conflicto existencial. Está documentado que tal «vínculo mórbido» es más grave y más difícil de

tratar, aunque no siempre sea diagnosticado oportuna y adecuadamente (3).

Estudios contemporáneos han corroborado: a) La utilidad del papel que juegan la psicoterapia y el psicoanálisis —comparados con otras modalidades psicoterapéuticas— en el tratamiento de la patología dual, como coadyuvante del manejo integral a largo plazo, su comorbilidad y sus consecuencias, lo cual se explica a través del establecimiento de objetivos específicos *ad hoc*. b) El conocimiento del análisis puntual de las razones para su empleo y sus resultados convenientes en la formación de una alianza terapéutica, reúne los aspectos individuales de cada paciente, el terapeuta y el procedimiento generado por el profesional para el establecimiento de la relación entre ambos. c) Un adecuado desarrollo del apego al tratamiento, como condición esencial de todo manejo, puede ocurrir en el marco de las características individuales e instituciona-



les participantes de tal proceso. d) La conveniencia presencia de un programa de psicoeducación especializada, a efecto de desmitificar y reorientar a sus participantes, para revertir, en la medida en que sea factible, la complicada conjunción del trastorno adictivo con el trastorno mental, a partir de la capacitación para los mejores recursos humanos y técnicos. e) La existencia de destacados antecedentes de la psicopatología social contemporánea y la patoplastia comórbida, origina y complica la patología dual y sus consecuencias, de ahí que sea necesario enfatizar la importancia de la actualización constante y la preparación especializada del profesional de la salud para el deseable beneficio social requerido. Por otra parte, se aprecian algunos aspectos del neuropsicoanálisis, desde la óptica de la investigación contemporánea, que sustentan la deseable complementariedad farmacológica-psicoterapéutica, en especial en aquellos casos donde, asimismo, se requiere de modificaciones importantes de reorientación y reestructuración de la personalidad (6,7).

## DISCUSIÓN

Toda vez que se pretende difundir los esfuerzos actuales de la documentación y recopilación científica disponibles sobre el tema de la patología dual, la experiencia clínica y académica para efectos del tipo descriptivo de periodismo que se pretende, se considera que: «La adicción es un trastorno mental y no un acto voluntario y vicioso» (9).

Se ha documentado la existencia de diversos procesos neurobiológicos y medioambientales involucrados en el comportamiento de las dependencias a distintos psicotrópicos (alcohol, cannabis, tabaco, cocaína, etc.) e incluso el mal uso de la medicación prescrita, al igual que en ciertos comportamientos

adictivos (juego, sexo, alimentación etc.). De hecho, tras considerar la dependencia como trastorno mental/cerebral, se han producido medidas preventivas, enfoques terapéuticos y políticas de salud pública eficaces para abordarla. No obstante, este concepto continúa siendo ignorado por algunos grupos profesionales y cuestionado incluso por ciertos colectivos, en su desconocimiento de los mecanismos neurobiológicos que subyacen a estas conductas (8,9). Asimismo, se sabe que solamente el 10% de las personas que tienen contacto con sustancias psicotrópicas o situaciones con propiedades adictivas desarrollarán una dependencia. Pero ese porcentaje de población expuesta a psicotrópicos o situaciones adictivas, producirán un problema de salud mental llamado trastorno por consumo de sustancias (abuso o dependencia), y en tales personas existe una susceptibilidad y vulnerabilidad producida por factores individuales, genéticos, psicopatológicos y medioambientales (8).

Un trastorno mental de cualquier tipo cursa en más del 50% de los casos con usos problemáticos o adictivos de psicotrópicos (10). Esto, sin considerar que la patología dual puede asociarse a otras enfermedades médicas (infecciosas, nutricionales, endócrinas, neuropáticas, cardiovasculares, etc.) que forman parte integral del propio proceso mórbido (11). Hay que señalar, además, que el efecto de las sustancias psicotrópicas tiene capacidad adictiva diferente y en ocasiones antagónico, en los distintos grupos de personas que las consumen, lo cual requiere mayor rigor clínico a través de la realización de diagnósticos de precisión (12). Tal visión permite un tratamiento bio-psico-social personalizado para individualizar: *el tratamiento de las personas, y no de las sustancias*. Por tanto, se recomienda que los pacientes con trastorno mentales, y específicamente con trastornos adictivos, tengan

acceso a un único modelo asistencial multidisciplinario que integre o coordine la Red de Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud (Mental) que incluye en todos los casos el problema de la comorbilidad (11-13).

Es aquí, precisamente, donde la Educación para la Salud en todos los niveles se hace más necesaria, seguida de su apropiada función informativa para la difusión social: si bien, a lo largo del todo el proceso busca alcanzar y mantener la salud, puede ser también donde ocurra el debate correctivo y se clarifiquen las dudas, lo cual es plena justificación para realizar un periodismo científico que alcance a la población afectada, a los interesados en esta materia, así como a la población general. Sí, en específico ahí, donde la labor de difusión de la verdad científica se hace imprescindible. El concepto de salud mental de la OMS señala: «La integración, consolidación y mantenimiento del bienestar subjetivo, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y el reconocimiento de la habilidad para realizarse intelectual y emocionalmente, a efecto de alcanzar un estado de bienestar a través del cual los individuos reconozcan sus habilidades, sean capaces de hacer frente al estrés normal de la vida; trabajar de forma productiva y fructífera para contribuir a sus comunidades» (13,14). En esto, el autoconocimiento y la autoaceptación de la persona con dependencia de psicotrópicos y otro trastorno mental son no sólo urgentes, sino imprescindibles (15).

Todos aquellos elementos que afectan el funcionamiento de la personalidad son sin duda decisivos en el proceso de cambio hacia la salud, en la medida en que permitan o no el desarrollo de las estrategias recomendadas (16). De hecho, se pretende que al estimular un reconocimiento precoz de este

problema se favorezca un mejor abordaje rehabilitatorio a largo plazo, acorde con los requerimientos de estas patologías, a la par de vigorizar la promoción de la red asistencial de atención, indispensable para contener los alcances destructivos de estas enfermedades sinérgicas, a través de su comorbilidad y complicaciones.

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se plantea mejorar el acceso a los medicamentos esenciales para los trastornos mentales en todos los niveles del sistema de salud, lo cual representa un particular desafío en muchos países de ingresos bajos y medios. Desde su informe de 2017, se examinan las actuales barreras de acceso a psicofármacos e identifica acciones clave para la superación de esas barreras, organizadas en función de cuatro componentes de acceso: 1) selección, 2) disponibilidad, 3) accesibilidad y 4) uso adecuado. Además, ofrece orientación basada en la evidencia para el uso adecuado de medicamentos en personas con trastorno mental (17).

En esa dirección, la estrategia funcional de la coordinación intrainstitucional e interinstitucional se considera imprescindible. Pero la cultura de coordinación y cooperación entre los servicios de salud mental y los dispositivos asistenciales específicos para los individuos portadores de ambos trastornos aún permanece insuficientemente desarrollada en muchos países, sin excepción del nuestro. La utilización de canales formales de comunicación entre las instituciones, entre los dispositivos clínicos y entre los profesionales ha de alcanzar el nivel de operatividad adecuado para ello, por lo que han de asumirse también como objetivos a desarrollar: a) la estrategia de información dirigida a las personas con patología dual y sus familiares, sobre los recursos y servicios que pueden utilizar; b) la

instauración de mecanismos de apoyo y asesoría a las asociaciones de familiares y personas con patología dual para que puedan ejercer con eficacia funciones de apoyo mutuo, de lucha contra el estigma y de defensa de sus derechos (17-19).

De ahí que, por ejemplo, la historia clínica unificada que se maneje entre el personal de salud de la Red Integral de Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud sea el documento que permita la transmisión de información clínica individual, facilitando la acción coordinada de todos los profesionales que actúen sobre un mismo caso. Se trata de un documento que contiene todas las intervenciones realizadas a un individuo por parte de cualquier profesional, en cualquier escenario terapéutico y en cualquier momento del proceso asistencial, en un mismo episodio, así como en ocasiones sucesivas. No obstante, para lograr el alcance de su efectividad debe lograrse la implantación de redes informáticas que abarquen los servicios sanitarios en su totalidad y, en consecuencia, la aplicación de la historia clínica única (electrónica) dirigida a cumplimentar una realidad benéfica y loable, más que un deseo conveniente. La situación actual debe promover, a la brevedad, una historia clínica computarizada y especializada destinada a tales pacientes, con miras a conformar un expediente completo de cada persona, que sea integrada en el ámbito sanitario general, descentralizada e interconectada, para convertirse en una herramienta colectiva de gran alcance (20,21).

De igual forma, y de la mano de estas acciones de superación de la función profesional, es trascendente favorecer la actualización profesional continua del personal de salud involucrado (2,20) y ofrecer a la sociedad una visión informativa clara del estado que guarda el asunto en nuestro medio.



Como señaló M.W. Warbürg: «La estrategia más eficaz para favorecer la habilidad práctica y destrezas del médico —y demás profesionales de la salud— sólo procede de la experiencia clínica y de un entrenamiento supervisado, capaces de modificar sus actitudes e incrementar su conocimiento». (4).

La patología dual, en tanto sinergia de ambos trastornos de reciente reordenamiento operativo, aparece en su calidad de amenaza constante para la salud comunitaria, que lleva a la revisión del paradigma internacional acerca del concepto de Salud Mental (1). A continuación, en el Cuadro 1 se muestra un señalamiento prototípico recomendado que puede ayudar a identificar la utilidad de su uso entre el personal de salud.

## Cuadro 1. Abordaje, ubicación y terapéutica del paciente dual agudo

### I. RECONOCIMIENTO DEL CASO

- Diagnóstico situacional del caso.
- Condiciones clínicas más relevantes al momento de la referencia.
- Tipo de institución y características disponibles para su mejor manejo.
- Implicaciones del diagnóstico y la gravedad del problema.

### II. EVALUACIÓN INICIAL Y PROPÓSITOS

- Diagnóstico situacional del caso, revisión del reconocimiento inicial.
- Determinación de la pertinencia de manejo en la unidad de evaluación clínica al ingreso de ambos grupos de entidades, trastornos mentales y trastornos adictivos.
- Pruebas de tamizaje. Laboratorio y gabinete, en su caso. Interconsulta.

### III. RECOMENDACIONES PARA REALIZARSE AL INGRESO

- Manejo de síndromes de intoxicación y abstinencia de psicotrópicos, SIAP.
- Valoración de la condición mental del paciente e impresión diagnóstica inicial.
- Valoración biomédica y emocional/cognitivo conductual.
- Preparación para el cambio, recaída/uso continuado; problema y ambiente para la recuperación.
- Determinación del nivel de manejo para la condición actual (ASAM):
- Ambulatoria sin monitoreo.
- Ambulatoria con monitoreo *in situ*.
- Residencial con manejo clínico especializado.
- Residencial sólo con manejo médico.
- Residencial con manejo médico intensivo.

### IV. SERVICIO ADECUADO A LA CONDICIÓN DEL PACIENTE. VALORACIÓN INICIAL

- Servicios inmediatos. No requeridos.
- Servicios de *baja intensidad*: estrategia de tratamiento adecuada para brindarse en escenarios ambulatorios.
- Servicios de *moderada intensidad*: formación profesional y apoyo especial adecuado a este nivel de riesgo.
- Estrategia de tratamiento: cuidados intensivos a pacientes duales externos; formación profesional u otros apoyos. Estrategia de tratamiento adecuada a pacientes duales *en peligro inminente*.



- Servicios de *alta intensidad*: formación profesional u otros apoyos. Estrategia de tratamiento de atención inmediata y servicios de urgencias adecuada para pacientes duales residenciales e internos y casos bajo monitoreo constante.

## V. MODALIDAD DE MANEJO. ACORDE AL TIPO Y GRAVEDAD DEL TRASTORNO ACTUAL

- El paciente se diagnostica, además de la entrevista, por el uso de instrumentos y pruebas *ad hoc* para las distintas entidades nosológicas.
- El nivel de atención necesaria se basa en la disfuncionalidad del caso y el tipo de servicios requeridos.
- Aplicación de protocolo individualizado por cada entidad.
- Valoración clínica con pruebas neuropsiquiátricas, en su caso.

## VI. VISIÓN GLOBAL. TERAPÉUTICA INTEGRAL POR NIVELES DE ATENCIÓN

- *Urgencias*. Protocolo de tratamiento de los síndromes de intoxicación y abstinencia, SIAP.
- *Hospitalización*. Programa de tratamiento 12 semanas o más (PRN).
- Protocolo. Tratamiento individualizado por entidad clínica, comorbilidad y complicaciones. Recomendaciones a largo plazo y prevención de recaídas.
- Evaluación continua de ambos tratamientos. Nueva ronda de tratamiento, en su caso.
- *Ambulatorio*. Tratamiento individualizado por entidad clínica, comorbilidad y complicaciones para ambos tipos de trastornos.
- Supervisión de la evolución médica y psiquiátrica.
- Tratamiento psicoterapéutico por modalidades (individual, de pareja, grupal familiar) según indicaciones y circunstancias.

**Fuente:** UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime, Substance Abuse treatment and rehabilitation. Planning and implementation guide. Chapter VI. Effective integration of processing services. UN, Vienna. United Nations Office against Drug and Crime. 2003. Rev. Abril 12, 2022 (22); ASAM American Society of Addiction Medicine. Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance Related Disorders, 2nd. Edition. American Society of Addiction Medicine. Chevy Chase, MD, 2005. Rev. Abril 12, 2022 (23); UK Recovery Federation. Revised and finalised UK Recovery Federation recovery principles. 2011. [www.ukrf.org.uk/index](http://www.ukrf.org.uk/index). Rev. Abril 12, 2022 (24); Souza y MM. Addictions comprehensive vision of their problems, approach and treatment (Dual Pathology Dual). Faculty of Medicine, National Autonomous University of Mexico, UNAM. Editorial Prado, México, 2014. Rev. Abril 12, 2022



## CONCLUSIÓN

El reconocimiento temprano de los trastornos mentales y coexistentes es hoy un imperativo de salud pública en el actual mundo globalizado, donde la actuación individual y familiar son objetivos factibles y capitales para impedir sus conocidos alcances negativos, facilitar la rehabilitación y la correspondiente reintegración social (25). En ello, el autoconocimiento y la autoaceptación de la persona portadora de ambos trastornos, sea cual fuere la sustancia de consumo preferente, no son sólo urgentes sino imprescindibles (13), por lo que todos aquellos elementos decisivos que promueven el mejor funcionamiento de la personalidad, son sin

duda, decisivos en el proceso de cambio hacia la salud, en la medida en que permitan o no, el desarrollo de las estrategias recomendadas (2,7). Es decir, todo logro obtenido en este sentido debe dirigirse al apoyo de la relación clínica entre la enfermedad y la sociedad y sus resultados deseables, a un lado de su necesaria comunicación pronta, veraz y adecuada a la comunidad (25).

La información transmitida por los medios, la que se conoció el propio 31 de marzo y los días subsecuentes, en torno de que «¡Se cerrarán los hospitales mentales!», fue tan escandalosa e incompleta como falsa. Pero no, finalmente los diputados no tratan con su Decreto de eliminar los hospitales mentales sino de

readministrar la ubicación, los niveles y las acciones, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos mentales y los trastornos adictivos a efecto de atender mejor sus múltiples consecuencias (1). La prensa, una vez más, trastocó la nota, desinformó y confundió a la sociedad en su afán sensacionalista de «vender la noticia». En efecto, enviaron un «periodicazo» para alarmar y lo lograron, a costa de estremecer a la comunidad. Incumplieron con su interpretación, enfoque y síntesis de la noticia.

La psiquiatría y sus dirigentes están contentos de que haya una deseable reorganización conceptual y laboral en todos los niveles de atención, porque de esta manera se apoya a la gente que lo necesita y a sus familiares. Esta noble ciencia que hace una labor imprescindible no debe ser malentendida ni sometida a prejuicios, particularmente ahora que el mundo enfrenta la existencia de un gran daño mental como consecuencia de una pandemia viral que continúa cobrando vidas. Se suman a ello, la avaricia, el poder y la violencia de quienes, sin piedad ni razón, agregaron sus esfuerzos destructivos. En suma, a todos los miembros de la comunidad nos toca enfrentar la realidad y colaborar trabajando a favor del país y devolverle parte de lo recibido. La sociedad requiere más y mejores profesionales comprometidos a ayudar, favorecer la adquisición del *sentido a la existencia* y disfrutar la satisfacción de servir a los demás. Por tanto, se precisa que el personal profesional y no profesional de salud entienda, atienda, enseñe, gestione y promueva la salud efectivamente, en el contexto de la más elemental conciencia social (25,26).

## FUENTES

1. Cámara de Diputados. Gaceta Parlamentaria, año XXV, número 5993-V, jueves 31

- de marzo de 2022 [Internet]. Proyecto de Decreto que Reforma adicional y deroga diversas disposiciones de la Ley General de salud en materia de salud mental y adicciones.; 2022. Available from: <http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/65/2022/mar/20220331-V.html>
2. Souza y Machorro M. Alcohol y personalidad. Patología Dual. Editorial Alfil; 2018.
3. Souza y Machorro M. Acerca de la educación y el entrenamiento clínico en adicciones [Internet]. liberaddictus, a.c. 2004 [cited 2022 Jun 3]. Available from: <http://www.liberaddictus.org/varios/901-acerca-de-la-educacion-y-el-entrenamiento-clinico-en-adicciones.html>
4. Warburg MM, Cleary PD, Rohman M, Barnes HN, Aronson M, Delbanco TL. Residents' attitudes, knowledge, and behavior regarding diagnosis and treatment of alcoholism. J Med Educ [Internet]. 1987 [cited 2022 Jun 3];62(6):497–503. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3599038/>
5. Souza y Machorro M. Patología dual. Aspectos clínicos y terapéuticos de la comorbilidad adictiva [Internet]. Diseño y Tecnología. México; 2011 [cited 2022 Jun 3]. Available from: <https://www.laleo.com/patologia-dual-aspectos-clinicos-terapeuticos-de-la-comorbilidad-adictiva-p-23441.html>
6. Souza y Machorro M. Adicciones. Visión Integral Abordaje y Terapéutica, Patología Dual [Internet]. Editorial Prado; 2014 [cited 2022 Jun 3]. 658 p. Available from: <https://editorialprado.mx/adicciones-vision-integral-abordaje-y-terapeutica-patologia-dual/>

7. Souza y Machorro M. Utilidad de la psicoterapia y psicoanálisis en patología dual: complementariedad terapéutica. *Rev APM Psiquiatr.* 2014;2(2):30–44.
8. Volkow ND, Koob GF, McLellan AT. Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *N Engl J Med* [Internet]. 2016 Jan 28 [cited 2022 Jun 3];374(4):363–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26816013/>
9. Volkow ND. Addiction and Co-Occurring Mental Disorders [Internet]. National Institute on Drug Abuse (NIDA). 2007 [cited 2022 Jun 3]. Available from: <https://www.drugabuse.gov/news-events/nida-notes/2007/02/addiction-co-occurring-mental-disorders>
10. Lev-Ran S, Imtiaz S, Rehm J, Le Foll B. Exploring the association between lifetime prevalence of mental illness and transition from substance use to substance use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Am J Addict.* 2013;22(2):93–8.
11. Roncero C, Barral C, Rodríguez-Cintas L, Pérez-Pazos J, Martínez-Luna N, Casas M, et al. Psychiatric comorbidities in opioid-dependent patients undergoing a replacement therapy programme in Spain: The PROTEUS study. *Psychiatry Res.* 2016 Sep 30;243:174–81.
12. Van Os J, Delespaul P, Wigman J, Myin-Germeys I, Wichers M. Beyond DSM and ICD: introducing “precision diagnosis” for psychiatry using momentary assessment technology. *World Psychiatry* [Internet]. 2013 Jun [cited 2022 Jun 3];12(2):113. Available from: [/pmc/articles/PMC3683255/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/241113/)
13. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* [Internet]. 2004 Jun 2 [cited 2022 Jun 3];291(21):2581–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15173149/>
14. World Health Organization (WHO). Invest in Mental Health [Internet]. Geneva; 2003 [cited 2022 Jun 3]. Available from: [www.who.int/mental\\_health](http://www.who.int/mental_health)
15. Poznyak V, Fleischmann A, Rekke D, Rylett M, Rehm J, Gmel G. The World Health Organization’s global monitoring system on alcohol and health. *Alcohol Res Curr Rev* [Internet]. 2013 [cited 2022 Jun 3];35(2):244–9. Available from: [www.who.int/gho/alcohol/en/index](http://www.who.int/gho/alcohol/en/index).
16. World Health Organization (WHO). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol [Internet]. WHO; 2014 [cited 2022 Jun 3]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44395>
17. World Health Organization & Fundação Calouste Gulbenkian (Calouste Gulbenkian Foundation). Improving Access to and Appropriate Use of Medicines for Mental Disorders [Internet]. World Health Organization. 2017 [cited 2022 Jun 3]. p. 95. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511421>
18. World Health Organization (WHO). The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use. Manual for use in primary care



- [Internet]. Geneva; 2012 [cited 2022 Jun 3]. Available from: <https://apo.who.int/publications/i/item/the-assist-linked-brief-intervention-for-hazardous-and-harmful-substance-use>
19. Souza y Machorro M. Estigma , ética y terapéutica de la patología dual. *Asoc Psiquiátrica Mex AC Psiquiatr.* 2014;1(1):25–30.
  20. Souza y Machorro M. Capítulo 3. Evaluación clínica del paciente adicto comorbido. In: *Patología dual Aspectos clínicos y terapéuticos de la comorbilidad adictiva.* 2011. p. 330.
  21. Souza y Machorro M. Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones (HCPCA): una propuesta. [cited 2022 Jun 3]; Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/Historia-clínica-psiquiátrica-codificada-para-una-Machorro-Quijano/7c0459b2767df8cc7454d938851971fe013361a2>
  22. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Drug abuse: treatment and rehabilitation. Planning and implementation guide. Chapter VI. Effective integration of processing services. Vienna; 2003.
  23. ASAM American Society of Addiction Medicine. Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance Related Disorders, 2nd. Edition. American Society of Addiction Medicine; 2005. 380 p.
  24. UK Recovery Federation. National Recovery Guidance [Internet]. 2013 [cited 2022 Jun 3]. Available from: <https://www.gov.uk/guidance/national-recovery-guidance>
  25. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Standards and guidelines for practices. [Internet]. EMCDDA. 2010 [cited 2022 Jun 3]. Available from: [https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/guidelines\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/guidelines_en)
  26. Souza y Machorro M. Concepto y evolución del trastorno por dependencia del alcohol. *Neurol Neurocir y Psiquiatr* [Internet]. 2018 [cited 2022 Jun 3];46(1):14–30. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79432>



# Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en la infancia: revisión narrativa

Dr. Hugo Enrique Hernández-Martínez\*, Dr. Deldhy Nicolas Moya-Sánchez\*\*, Dra. Marta Georgina Ochoa-Madrigal\*\*\*, Psic. Nuria Melina Rojas-Cao\*\*\*\*, Dra. Griselda Jiménez-Domínguez\*\*\*\*\*

\*Servicio de Psiquiatría y Paidopsiquiatría, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, Ciudad de México.

\*\*Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Servicio de Psiquiatría y Paidopsiquiatría, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, Ciudad de México.

\*\*\*Servicio de Psiquiatría y Paidopsiquiatría, Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", ISSSTE, Ciudad de México.

\*\*\*\*Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

\*\*\*\*\*Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

## RESUMEN

### Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), así como cualquier otro trastorno mental, se encuentra en constante evolución desde sus primeras descripciones, resultado de la evidencia actual en relación con su etiología, presentación clínica y tratamiento; es ahora definido como un trastorno neuroconductual o del neurodesarrollo que se caracteriza por un patrón persistente de falta de atención o hiperactividad y ocurre en más de un entorno (por ejemplo, el hogar, la

escuela, cuando se está con amigos u otros entornos sociales). Es uno de los padecimientos más importantes de la consulta psiquiátrica infantil, con una prevalencia hasta del 50%. Su prevalencia mundial oscila alrededor del 4-15% con un impacto epidemiológico en las áreas académica, social y familiar, matizado por condiciones socioculturales.

### Objetivo

Se requieren criterios diagnósticos adecuados para la etapa adolescente y adulta. También habrá que evaluar la presencia de comorbilidad y proporcionar a los pacientes el tratamiento óptimo.

**Métodos**

Con el fin de lograr una mayor comprensión del constructo sobre el TDAH, se realizó una búsqueda de la información disponible para un mejor abordaje de esta patología.

**Resultados**

Una vez realizada una extensa revisión de la literatura, los autores concluyeron que se deben homogeneizar los criterios diagnósticos del TDAH, reforzar las actividades orientadas a detectar comorbilidades, facilitar los procesos de referencia con los especialistas, y la educación de profesionales de la salud en primer y segundo nivel de atención, así como a profesores y padres de familia.

**Conclusiones**

La correcta evaluación, detección y referencia oportuna, así como proponer el mejor tratamiento disponible al alcance de los pacientes, es fundamental para prevenir las comorbilidades asociadas al TDAH, sin olvidar que es un trastorno de etiología multifactorial y debe manejarse como tal.

**Palabras clave:** *TDAH, impulsividad, hiperactividad, déficit de atención.*

**ABSTRACT****Introduction**

Attention Deficit Disorder (ADHD), as well as any other mental disorder, has been in constant evolution since its first descriptions, the result of current evidence regarding its etiology, clinical presentation and treatment; is now defined as a neurobehavioral or neurodevelopmental disorder that is characterized by a persistent pattern of inattention and /or hyperactivity and occurs in more than one setting (for

example, home, school, when with friends or other social settings) is one of the most important conditions in child psychiatric patients, with a prevalence of up to 50%. Its worldwide prevalence oscillates around 4-15% with an epidemiological impact in academic, social, and family areas, tempered by sociocultural conditions.

**Objective**

Adequate diagnostic criteria are required for the adolescent and adult stages. The presence of comorbidity will also need to be assessed and optimal treatment provided to patients.

**Methods**

To achieve a better understanding of the construct on ADHD, a search was carried out for the available information for a better approach to this pathology.

**Results**

After conducting an extensive review of the literature, the authors concluded that the diagnostic criteria for ADHD should be standardized, activities aimed at detecting comorbidities, facilitating referral processes with specialists, and the education of health professionals in the first and second levels of care, as well as teachers and parents.

**Conclusions**

The correct evaluation, detection, and timely referral, as well as proposing the best treatment available at the arrival of patients are essential to prevent comorbidities associated with ADHD, without forgetting that it is a disorder of multifactorial etiology and should be managed as such.

**Keywords:** *ADHD, impulsivity, hyperactivity, attention deficit.*

## INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), así como cualquier otro trastorno mental, se encuentra en constante evolución, desde sus primeras descripciones hasta el cuadro clínico descrito actualmente; todas estas modificaciones, en relación con su etiología, presentación clínica y tratamiento, son resultado de la evidencia obtenida a través de las nuevas herramientas de diagnóstico; neuroimagen, farmacogenética y medicina genómica, sin dejar de lado, desde luego, la información y las observaciones recogidas en la práctica clínica. El TDAH es ahora definido como un trastorno neuroconductual o del neurodesarrollo que se caracteriza por un patrón persistente de falta de atención o hiperactividad y ocurre en más de un entorno (por ejemplo, el hogar, la escuela, cuando se está con amigos u otros entornos sociales); es uno de los síndromes psiquiátricos más importantes en la consulta de niños y adolescentes; además, es uno de los temas más intensamente estudiados durante las últimas décadas y uno de los que ha suscitado más controversia (1). El TDAH suele ocurrir en el 4 a 8% de los niños en edad escolar y se caracteriza principalmente por déficit de atención, distraibilidad, impulsividad e hiperactividad hasta en un 60% de los casos; es diez veces más frecuentemente en niños que en niñas, cediendo sólo en el 15% de quienes lo presentan en la infancia o adolescencia, y puede persistir hasta la vida adulta en el resto de la población (10-60%) (2).

La terminología del trastorno ha sufrido importantes cambios a lo largo de este siglo, pudiendo constatarse hasta doce denominaciones diferentes en la literatura, lo cual indica las dudas acerca de su naturaleza, definición y criterios diagnósticos.

Los síntomas no parecen tener especial gravedad y el niño, a simple vista, no difiere esencialmente de los otros niños de su edad. Sin embargo, estudios longitudinales demuestran que el cuadro persiste durante años en más de la mitad de los casos, el fracaso escolar se mantiene y se agrava en la medida en que las exigencias escolares aumentan, y un elevado porcentaje de niños evoluciona hacia trastornos de conducta en la adolescencia y no en raras ocasiones a conductas próximas a la delincuencia (3).

El estudio de los mecanismos cerebrales de alerta y, por tanto, de excitación e inhibición de la formación reticular, constituyen otra área de investigación. Es por este motivo quizás que los niños con este tipo de patología dan la impresión de que la formación reticular no ejerce un filtro y selección adecuados de los estímulos sensoriales, lo cual repercute en el procesamiento de la información, codificación y decodificación de los mensajes (4,5).

La investigación neurobiológica intenta dilucidar los mecanismos etiopatogénicos y la fisiopatología del trastorno. La neurotransmisión serotoninérgica y dopaminérgica se han convertido en un foco de atención al comprobarse que fármacos estimulantes del tipo de las anfetaminas, y los antidepresivos que incrementan la actividad de estos neurotransmisores, ayudan a controlar la sintomatología (6).

El estudio de los factores causales se ha centrado también en los factores genéticos y en la posible participación de estructuras cerebrales, como sistema límbico, lóbulos frontales, locus coeruleus y núcleo estriado, fundamentalmente. Sin embargo, la etiología del TDAH es aún desconocida; lo más probable es que obedezca a una mezcla de factores psicosociales y biológicos que lleven a una vía común final, dando lugar a los síntomas característicos.



## MÉTODO

Se realizaron búsquedas en PubMed de artículos publicados entre el 1 de enero de 1980 y el 1 de septiembre de 2021, con énfasis en los diez años anteriores. En nuestra búsqueda se consideraron las publicaciones en inglés y en otros idiomas. Se incluyeron metaanálisis, artículos primarios y de revisión relacionados, junto con referencias relevantes citadas dentro de esos artículos. Dado el amplio alcance, aunque limitado, de nuestra investigación, ocasionalmente citamos artículos de revisión en lugar de informes primarios.

Usamos los términos de búsqueda: «TDAH», «neurobiología», «circuitos neuronales», «imagen cerebral», «genética», «impulsividad» y «psicoestimulante».

## ANTECEDENTES

Algunas de las controversias alrededor del TDAH han sido generadas por la cantidad de cambios en la terminología del trastorno, los cuales se reflejan en los intentos históricos para conceptualizar las diversas etiologías y los síntomas cardinales del mismo.

Este trastorno nos ha acompañado desde 1775, año en que Melchior Adam Weikard, un médico alemán, realizó la primera descripción de un trastorno con las características del TDAH en un tratado médico; posteriormente, en 1845, Heinrich Hoffmann, describió la hiperactividad y el déficit de atención en un relato infantil que documentaba comportamientos similares al TDAH y sus deficiencias asociadas. Entre 1887-1901, Désiré-Magloire Bourneville, Charles Boulanger, Georges Paul-Boncour y Jean Philippe describieron un equivalente del TDAH en escritos médicos franceses (7). Fue en 1902 cuan-

do George Still dio una descripción lúcida que es muy similar a la de nuestros días; definió a esta población como «niños con defectos mórbidos del control de la moral»; desde entonces, notó que era más frecuente en niños que en niñas y postuló una etiología ambiental y orgánica. Ya en el marco de las clasificaciones, en 1932, Franz Kramer y Hans Pollnow acuñaron el término «trastorno hipercinético» para describir un cuadro clínico similar al TDAH, terminología que posteriormente fue adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

A principios de siglo ya se había detectado el cuadro clínico fundamental del trastorno hipercinético, con hipótesis etiológicas de tipo neurobiológico y ambiental. Concretamente, en 1937 tiene lugar el descubrimiento de gran trascendencia realizado por Bradley: el efecto beneficioso de la bencedrina sobre la hiperactividad y el aprendizaje escolar; la bencedrina es una mezcla racémica de dextro y levonanfetamina (8). Los esfuerzos por ir creando una clasificación más válida científicamente se iniciaron con la CIE-9 (OMS, 1965) y el DSMIII (Asociación Psiquiátrica Americana, 1968). No es sino hasta la publicación del DSM-IV que se describe como Trastorno de Déficit de Atención. El desconocimiento de la etiopatogenia y fisiopatología del trastorno exige que su definición, como entidad psiquiátrica, sea de tipo clínico.

## EPIDEMIOLOGÍA DEL TDAH

La información disponible sobre el TDAH proviene de diversos metaanálisis revisados, se sabe que este trastorno está presente en todo el mundo, sin importar el nivel de desarrollo económico, y que es más prevalente en hombres que en mujeres. Sin embargo, a pesar de su ubicuidad, este trastorno no ha incrementado su prevalencia en las últimas tres

décadas; lo que sí ha crecido es el conocimiento y sensibilización alrededor del TDAH por parte de los clínicos, lo que ha traído como beneficio que más casos sean identificados y no permanezcan sin diagnosticar.

Gracias a un metaanálisis de 19 estudios con más de 55,000 individuos, tenemos evidencia de que el 5.9% de los jóvenes cumplen los criterios de diagnóstico del TDAH (9). También, ahora sabemos que no se encontraron diferencias significativas en la prevalencia entre América del Norte y Europa, Asia, África, América del Sur y Oceanía. En cuanto a su curso y evolución longitudinal, no se encontró un incremento en la prevalencia del TDAH en niños y adolescentes durante las últimas tres décadas (1). Es importante resaltar los resultados de dos metaanálisis que determinaron una prevalencia de TDAH en la edad adulta de entre el 2.5% y el 2.8% (10,11).

## DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIONES

La evaluación clínica en los niños debe basarse principalmente en una entrevista clínica con los padres, incluida una exploración de los síntomas, las características detalladas de las etapas del desarrollo del paciente, incluidos los antecedentes médicos o psiquiátricos, información sobre el funcionamiento familiar, las relaciones con los compañeros y la historia escolar. Según *The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based Conclusions about the Disorder, Neuroscience and Biobehavioral Reviews* (2021) (7), se comenta que el trastorno sólo puede ser diagnosticado por un médico autorizado que entreviste al padre o al cuidador y al paciente para documentar los criterios del trastorno; no se puede diagnosticar sólo con escalas de califica-

ción, pruebas neuropsicológicas o métodos para obtener imágenes del cerebro, se sugiere incluir antecedentes de la salud mental de los padres y la situación económica de la familia. Se debe evaluar el estado mental del niño, posiblemente utilizando una entrevista clínica semiestructurada estandarizada que contenga criterios de TDAH (DSM-5 y CIE-10/11) (7,12,13) e información clínica a través de un interrogatorio indirecto.

El interrogatorio debe cubrir las dificultades y fortalezas del comportamiento en varios contextos de la vida, por ejemplo, la escuela, las relaciones con los compañeros y el tiempo libre. La entrevista debe realizarse con el niño o adolescente para tener una idea de la perspectiva del paciente sobre los problemas, necesidades y objetivos actuales, aunque los autoinformes se consideran menos confiables para el diagnóstico. La información también debe obtenerse de la escuela, por ejemplo, mediante contacto personal o telefónico con el maestro y, si es posible, mediante observación directa. Debe realizarse un examen médico para descartar causas somáticas de los síntomas conductuales y para hacerse una idea del estado físico general del paciente (7).

Las principales características del diagnóstico deben cumplir criterios estándar de validez de un trastorno mental establecidos por Robins y Guze (14); primero, los profesionales deben estar bien capacitados en una variedad de entornos y culturas que coinciden en su presencia o ausencia utilizando criterios bien definidos y el diagnóstico debe ser útil para predecir problemas adicionales que el paciente pueda tener, resultados futuros de los pacientes (por ejemplo, riesgo de abuso de drogas en el futuro), respuesta al tratamiento (por ejemplo, medicamentos y tratamientos psicológicos) y las características

que indican un conjunto consistente de causas del trastorno (por ejemplo, hallazgos de la genética o imágenes cerebrales) (14).

Se deben considerar como pautas para el diagnóstico que el paciente presente niveles inapropiados para el desarrollo de síntomas de hiperactividad-impulsividad o falta de atención durante al menos seis meses, síntomas que ocurran en diferentes entornos (por ejemplo, el hogar y la escuela), que causen impedimentos en la vida, que algunos de éstos y deficiencias aparezcan por primera vez en la niñez temprana o media y que ningún otro trastorno explique mejor los síntomas (7,15).

La presentación clínica del TDAH puede describirse como un individuo principalmente desatento, especialmente hiperactivo-impulsivo o combinado, según la naturaleza de sus síntomas. Los metaanálisis indican que la falta de atención está más fuertemente asociada con el deterioro académico, la baja autoestima, los resultados ocupacionales negativos y un funcionamiento adaptativo general más bajo. Los síntomas hiperactivos-impulsivos están asociados con el rechazo de los compañeros, la agresión, conductas de conducción riesgosas y lesiones accidentales (9).

Muchos estudios epidemiológicos y clínicos grandes muestran que el TDAH a menudo coexiste con otros trastornos psiquiátricos, especialmente depresión, trastorno bipolar, trastornos del espectro autista, trastornos de ansiedad, trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta, trastornos alimentarios y trastornos por uso de sustancias, cuya presencia no descarta un diagnóstico de TDAH (9).

Después de completar el interrogatorio y la exploración, se recomienda un periodo de estrecha vigilancia de diez semanas antes de entregar un diagnóstico formal de TDAH, para ver si los síntomas del paciente mejoran, permanecen igual o empeoran. Existe consenso en que el diagnóstico de TDAH requiere de un especialista, es decir, un psiquiatra infantil, un pediatra u otros profesionales de la salud debidamente calificados con capacitación y experiencia en este diagnóstico (15).

En la quinta versión del documento de la Asociación Psiquiátrica Americana, el DSM-5, publicado en 2013, el TDAH se encuentra clasificado dentro de los Trastornos del Neurodesarrollo. Los criterios se agrupan en la tabla 1.

**Tabla 1: Criterios diagnósticos del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, acorde al DSM-5 (16)**

1. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por inatención y/o hiperactividad e impulsividad presente antes de los 12 años en distintos ambientes (hogar, escuela/trabajo, etc.)
2. De acuerdo a la prominencia de los síntomas puede ser: presentación combinada, predominantemente con falta de atención y predominantemente hiperactiva/impulsiva.

De acuerdo con el DSM-5, se debe especificar la predominancia del subtipo, como:

- Presentación combinada: si se cumplen el criterio de inatención y el criterio de hiperactividad-impulsividad durante los últimos seis meses.
- Presentación predominante con falta de atención: si se cumple el criterio de inatención, pero no se cumple el criterio de hiperactividad-impulsividad durante los últimos seis meses.
- Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: si se cumple el criterio de hiperactividad-impulsividad y no se cumple el criterio de inatención durante los últimos seis meses.

También debe especificarse si hay remisión parcial, cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos seis meses y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral. Y se debe especificar la gravedad actual, entre leve: pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral; moderada: síntomas o deterioros funcionales presentes entre «leve» y «grave»; grave: presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral (16).

En la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la OMS (17), dentro de la categoría general de «Trastornos del Neurodesarrollo» se describen los siguientes criterios:

- Patrón persistente (al menos seis meses) de falta de atención y/o hiperactividad-impulsividad que tiene un impacto negativo directo en el funcionamiento académico, ocupacional o social.

vidad que tiene un impacto negativo directo en el funcionamiento académico, ocupacional o social.

- Existe evidencia de síntomas importantes de falta de atención o hiperactividad-impulsividad antes de los 12 años, típicamente en la niñez temprana o media, aunque algunas personas pueden recibir atención clínica más tarde.
- El grado de inatención e hiperactividad-impulsividad está fuera de los límites de variación normal esperada para la edad y el nivel de funcionamiento intelectual.
- Para que se pueda hacer un diagnóstico, las manifestaciones de falta de atención o hiperactividad-impulsividad deben ser evidentes en múltiples situaciones o entornos (por ejemplo, hogar, escuela, trabajo, con amigos o familiares), pero es probable que varíen según la estructura y exigencias del entorno.
- Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno mental, del comportamiento o del neurodesarrollo y no se deben al efecto de una sustancia o medicamento.

En el CIE-11, se realizan las siguientes definiciones operativas:

- La falta de atención se refiere a una dificultad significativa para mantener la atención en tareas que no proporcionan un alto nivel de estimulación o recompensas frecuentes, distracción y problemas de organización.
- La hiperactividad se refiere a una actividad motora excesiva y dificultades para permanecer quieto, más evidente en situaciones estructuradas que requieren autocontrol conductual.
- La impulsividad es una tendencia a actuar en respuesta a estímulos inmediatos, sin de-



liberación ni consideración de los riesgos y consecuencias. El equilibrio relativo y las manifestaciones específicas de las características de falta de atención e hiperactividad-impulsiva varían de un individuo a otro y pueden cambiar a lo largo del desarrollo.

La CIE-11 establece, además, que la aparición de estos síntomas se produce antes de los 12 años, por lo general en la niñez temprana o media. El grado de inatención e hiperactividad-impulsividad también está fuera de los límites de la variación normal esperada para la edad y el nivel de funcionamiento intelectual y tiene un impacto negativo directo en el funcionamiento académico, ocupacional o social.

Según el CIE-11, el TDAH puede presentarse como:

- Predominantemente desatento: pueden estar presentes algunos síntomas hiperactivos-impulsivos, pero estos no son clínicamente significativos en relación con los síntomas de falta de atención.
- Predominantemente hiperactivo-impulsivo: pueden estar presentes algunos síntomas de falta de atención, pero estos no son clínicamente significativos en relación con los síntomas de hiperactividad-impulsividad.
- Combinado: tanto los síntomas de falta de atención como los de hiperactividad-impulsividad son clínicamente significativos, y ninguno de ellos predomina en la presentación clínica (17).

La CIE-10 no reconoce formalmente el TDAH y en su lugar incluye criterios de diagnóstico para el trastorno hiperactivo. La CIE-11 incluye el TDAH como una categoría de diagnóstico formal que es muy similar al DSM-5. Sin embargo, en lu-

gar de requerir que algunos síntomas estén presentes antes de los 12 años, se da el término más amplio de «niñez temprana a media». La CIE-11 también adopta los distintos subtipos de TDAH que se encuentran en el DSM-5, pero agrega dos más: «otra presentación especificada» y «presentación no especificada».

## CAUSAS

El origen del TDAH aún es desconocido, aunque se ha visto una mezcla de factores tanto psicosociales como biológicos. Una de las causas del TDAH pueden ser el desarrollo neuronal aberrante, que afecta la neurogénesis, la sinaptogénesis, la mielinización y la proliferación y migración neuronal y glial.

Aunque los síntomas comienzan a aparecer en la infancia, el desarrollo neuronal se ve afectado desde la embriogénesis temprana. La etiología del TDAH es diversa: los factores gestacionales, perinatales y genéticos se han asociado con la incidencia del TDAH. Sin embargo, cada paciente presenta sólo algunos de ellos (18).

## ESTUDIOS NEUROBIOQUÍMICOS

Por el efecto dramático en la terapéutica con estimulantes, se ha sugerido que el trastorno es causado por una disfunción en los sistemas dopaminérgicos y serotoninérgicos (3). Se han reportado las interacciones recíprocas entre los sistemas de dopamina (DA) y serotonina (5-HT). Por ejemplo, 5-HT facilita la liberación de DA en el núcleo accumbens (NAcc). Alteraciones en la concentración de 5-HT aumentan el comportamiento impulsivo y bloquean la disminución de la impulsividad inducida por las anfetaminas. Los estudios electrofisiológicos *in vivo* han demostrado que la

lesión de las neuronas DA en el área tegmental ventral (ATV) aumenta la activación de las neuronas 5-HT en el rafe dorsal, lo que sugiere que el sistema DA ejerce una inhibición tónica sobre las neuronas 5-HT, mientras que el daño en neuronas serotoninérgicas del núcleo dorsal del rafe atenúa la activación de las neuronas DA en el ATV, lo que sugiere que el sistema 5-HT produce excitación tónica en las neuronas DA. Se han implicado interrupciones de las interacciones DA y 5-HT en el TDAH, aunque se han realizado pocas investigaciones para abordar este problema (19).

### **INFLUENCIA GENÉTICA**

Los factores sobre genética familiar han sido implicados en la etiología del TDAH por cerca de 25 años. La herencia se estima entre 0.55 a 0.92. La concordancia fue de 51% en gemelos monocigotos y 33% en gemelos dicigotos en el estudio de Goodman y Stevenson en 1989 (20).

Estudios de agregación familiar han mostrado que el TDAH y los problemas relacionados con el síndrome se dan entre miembros familiares cercanos (21,22). Los estudios de adopción apoyan que este síndrome es genético y no ambiental (23,24).

Diferentes investigaciones han revelado una importante influencia genética en la etiología del TDAH. Es una condición poligénica con un número importante de genes involucrados, como lo confirma un estudio de asociación de todo el genoma sobre el TDAH que reporta 12 loci significativos asociados con esta condición. Muchos de los genes asociados con el TDAH participan en procesos como la neurotransmisión, la neuritogénesis, la sinaptogénesis o la ubicación del receptor en las sinapsis. Hay dos genes mayormente involucrados, demostrado por

múltiples estudios, una neurotrofina (factor neurotrófico derivado del cerebro –BDNF) y una molécula implicada en la señalización dopaminérgica (DAT) (25-27).

Una revisión de 37 estudios de gemelos de los Estados Unidos, Europa, Escandinavia y Australia encontró que los genes y su interacción con el medio ambiente deben desempeñar un papel sustancial en la causa del TDAH (28). En un estudio de todo el genoma, un equipo internacional analizó el ADN de más de 20,000 personas con TDAH y más de 35,000 sin este trastorno de Estados Unidos, Europa, Escandinavia, China y Australia. Identificaron muchas variantes de riesgo genético, cada una de las cuales tiene un pequeño efecto sobre el riesgo de padecer el trastorno (29). Este estudio confirmó una causa poligénica para la mayoría de los casos de TDAH, lo que significa que muchas variantes genéticas, cada una con un efecto muy pequeño, se combinan para aumentar el riesgo de padecerlo. El riesgo poligénico de TDAH está asociado con la psicopatología general y varios trastornos psiquiátricos (29).

### **FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES Y EL PAPEL DE LA EPIGENÉTICA**

La incidencia del TDAH se asocia con una serie de factores ambientales durante las diferentes etapas del desarrollo del sistema nervioso central (SNC), como los periodos gestacional y perinatal. En esta sección, abordaremos algunos de los factores ambientales que se han asociado con el TDAH.

El parto prematuro es un factor de riesgo importante para el TDAH, ya que se ha informado que ocurre de 2.6 a 4 veces más frecuentemente en bebés que nacen con bajo peso o muy bajo peso. El

nacimiento prematuro se asocia con alteraciones en la neurogénesis y muerte celular, y éstas a su vez se asocian con una expansión cortical reducida, como se observó en pacientes con TDAH. Una razón para un mayor riesgo de desarrollar TDAH en niños prematuros es la inflamación; un aumento de moléculas relacionadas con la inflamación se asocia con un mayor riesgo de desarrollar síntomas de TDAH (30,31).

Otro factor ambiental asociado con el TDAH es la exposición a pesticidas durante el desarrollo. Un estudio que abordó el problema, tanto a nivel experimental como epidemiológico, informó que la exposición al pesticida deltametrina durante la gestación y la lactancia en ratas provocó síntomas similares al TDAH, como memoria de trabajo y déficit de atención, hiperactividad y comportamiento impulsivo. También produjo una mayor presencia de receptores DAT y D1 en el cuerpo estriado, así como una mayor liberación de dopamina y una mayor presencia de receptor de dopamina D1 en el núcleo accumbens (32,33).

Además, se dice que los niños con TDAH podrían evocar conductas hostiles de sus padres, y los genes relacionados con el TDAH podrían explicar la combinación de variables derivadas de los padres; este trastorno también ha sido relacionado con el tabaquismo materno durante el embarazo, con hijos que posteriormente desarrollan TDAH (34,35). Un metaanálisis de nueve estudios que abarcan tres continentes y más de 100,000 participantes encontró que la exposición infantil al humo de cigarrillo de segunda mano se asoció con un 60% más de probabilidad de TDAH. No estaba claro hasta qué punto la asociación era causal versus debida a factores de confusión (32). En un estudio de niños rumanos adoptados que experi-

mentaron una severa privación materna en edades tempranas durante su estancia en los orfanatos, se evidenció una relación dependiente del tiempo de privación y el riesgo de desarrollar síntomas similares al TDAH (36).

Existe otro enfoque para identificar los factores de riesgo ambientales en el TDAH, el cual consiste en la detección de cambios epigenéticos (metilación del ADN). La epigenética proporciona un mecanismo en el cual los factores de riesgo ambientales modifican la función de los genes. Sin embargo, los cambios epigenéticos son altamente específicos y dependientes del tejido analizado, esto dificulta su estudio en el TDAH debido al limitado acceso al tejido cerebral. Las toxinas ambientales y el estrés también pueden inducir cambios epigenéticos, la identificación de genes que muestran cambios epigenéticos asociados con el TDAH, o en respuesta a factores de riesgo ambientales, podrían proporcionar nuevos conocimientos sobre los mecanismos implicados en su patogénesis (37).

Un estudio de cohorte longitudinal en todo Taiwán sustentado en la base de datos nacional de investigación de seguros de salud de cobertura universal del país comparó a más de 14,000 pacientes con enterovirus (ER71) con un número igual de controles emparejados por edad y sexo. Después de realizar más ajustes para la ocupación paterna y el nivel de urbanización de residencia, se descubrió que los pacientes con enterovirus tenían un 25% más de probabilidades de ser diagnosticados posteriormente con TDAH (38).

Un estudio de población que utilizó registros nacionales daneses examinó a más de 630,000 jóvenes y encontró relaciones dosis-respuesta entre el menor nivel de educación, el desempleo y la po-

breza relativa de los padres y un mayor riesgo de TDAH en la descendencia. Las combinaciones de desventajas sociales tenían riesgos acumulativos. Por ejemplo, la pobreza de ingresos relativa de los padres más la finalización de la educación obligatoria más el desempleo se asoció con un riesgo aproximadamente 5% mayor de TDAH en su descendencia (39).

### FACTORES NEUROPSICOLÓGICOS

Se ha observado en pacientes con TDAH atención inconsistente en situaciones repetitivas en las que se requiere inhibición, planificación y memoria de trabajo. La flexibilidad y la fluidez cognitiva, la percepción del tiempo, la formación de conceptos, así como las tareas de fluidez verbal y de diseño, son prominentemente afectadas en adultos con TDAH.

Si bien no es posible realizar una evaluación completa de todas las funciones neuropsicológicas discutidas (ya que ésta excedería limitaciones de tiempo), dentro del análisis neuropsicológico se espera observar signos como mala planificación y anticipación, sensibilidad reducida a los errores, desorganización, dificultades en la resolución de problemas verbales y de habla autodirigida, comportamiento disruptivo a reglas y baja regulación emocional; problemas para desarrollar, implementar y seguir estrategias organizativas, y problemas de autorregulación e inhibición. La evaluación neuropsicológica no es necesaria para diagnosticar el TDAH. Pero, si el objetivo es comprender al paciente, determinar si existen déficits cognitivos significativos, o para determinar si el paciente puede estar notificando menos síntomas, entonces la evaluación neuropsicológica, con medidas de rendimiento y validez de los síntomas, es completamente necesaria (40-42).

### FACTORES PSICOSOCIALES

Parece que estos factores no juegan un papel primario en la etiología, aunque se han encontrado varios tipos de disfunción en las familias de estos niños. Las circunstancias familiares y sociales desfavorables tienen un carácter reforzador y sustentador de la sintomatología del trastorno hiperactivo. Este papel reforzador no implica necesariamente que sean los factores causales del cuadro clínico; si el niño padece algún tipo de vulnerabilidad neurobiológica, que se traduce en un bajo control de impulsos, en un medio familiar desestructurado puede actuar como factor desencadenante o como factor potenciador de la impulsividad, déficit de atención e hiperactividad, con la consiguiente frustración de los padres y profesores, quienes tenderán a establecer un tipo de interacción preferentemente negativa o punitiva (3).

En el consenso de la Federación Internacional de TDAH, 2021, se establece que a través de múltiples metaanálisis, se ha encontrado que los pacientes con TDAH tienen una tendencia moderada a favorecer pequeñas recompensas inmediatas sobre grandes recompensas retrasadas, presentan una asociación de pequeña a moderada entre el TDAH y la toma de decisiones arriesgadas, una toma de decisiones impulsiva moderadamente mayor en general sobre el descuento por retraso y el retraso de las tareas de gratificación, alteraciones moderadas en la memoria de trabajo en personas con TDAH, que disminuyeron con la edad (7).

### HIPÓTESIS NEUROANATÓMICA

La hipótesis de una lesión anatómica en determinadas estructuras cerebrales, responsable del trastorno hiperactivo, surgió desde las primeras descripciones del síndrome. Still planteó la etiología orgánica



de la hiperactividad, y en los años treinta del siglo XX se sugirió la lesión del tronco cerebral (43).

Los daños causados al diencefalo, sistema límbico, locus coeruleus, lóbulos frontales, núcleo caudado, corteza frontoorbitaria, núcleo accumbens y fascículo nigroestriado son otras tantas hipótesis planteadas. La afectación de las estructuras cerebrales puede tener importantes implicaciones para la hipótesis catecolaminérgica de la hiperactividad y las nuevas técnicas de imagen permiten un estudio mucho más refinado (3).

El estudio de los lóbulos frontales ha cobrado un progresivo interés en los últimos años, dada la similitud clínica entre los síntomas de la disfunción de los lóbulos frontales y el cuadro clínico del TDAH. Ambos se caracterizan por impulsividad, intolerancia a la frustración, labilidad emocional, déficit de atención, dificultad en la planificación y dificultades para enjuiciar las circunstancias sociales.

La literatura mundial en la actualidad refiere que «existen diferencias en el flujo sanguíneo cerebral entre niños con TDAH y niños clínicamente sanos» (3). Los estudios neuropsicológicos de los niños hiperactivos abogan por una disfunción del lóbulo frontal (44). Por otra parte, se ha detectado un menor flujo sanguíneo cerebral en los sujetos hiperactivos cuando se comparan con sujetos control. El flujo sanguíneo es menor en el mesencéfalo, los ganglios basales y lóbulos frontales. Se da, además, la circunstancia de que el metilfenidato aumenta el flujo sanguíneo en algunas de estas áreas, al mismo tiempo que reduce la perfusión de las áreas motoras y sensoriales primarias de la corteza cerebral. Tal vez este fármaco ejerce un efecto inhibitorio sobre estas estructuras que se corresponde con la mejoría clínica de la hiperactividad; por tanto, podría dedu-

cirse que la disfunción del córtex prefrontal y del neocórtex desempeña un papel importante en la patogénesis (3).

En la actualidad, se sigue investigando acerca de esta hipótesis con técnicas más avanzadas que se han ido actualizando, desde la RMN hasta el PET y SPECT, las cuales permiten no sólo identificar áreas anatómicas, sino mediciones del flujo sanguíneo cerebral en determinadas regiones, que nos permiten relacionarlas con los síntomas del trastorno.

En el fenómeno de la atención se involucran a las neuronas de las regiones prefrontal, parietal y cíngulo que tienen conexiones en el tálamo y estriado. En adultos con TDAH, el metabolismo cerebral con PET durante la realización de una tarea de atención auditiva muestra una reducción generalizada; el mayor decremento se localiza en las áreas premotora y prefrontal superior (3,43-45). La hipótesis más firme y reciente es la de la existencia de hipoactividad frontoestriada por déficit monoaminérgico, planteando que la atención, el control de la impulsividad y la estabilidad motriz son componentes del sistema supervisor que ejerce influencia desde una amplia red funcional fronto-estriado-límbico-reticular (43,44).

Algunos autores sugieren que el estriado es especialmente vulnerable a la hipoxia cerebral al estar localizado en una situación de perfusión sanguínea delicada, entre la arteria cerebral media y cerebral anterior, y que eventos hipóxicos pre-perinatales podrían ocasionar la disfunción del núcleo estriado en niños con TDAH (3).

Con el tiempo se ha dado un avance en el desarrollo tecnológico de los sistemas de obtención

de imágenes auxiliares en medicina, ahora los expertos pueden captar en tiempo real imágenes de los cambios fisiológicos asociados a los procesos mentales; en este caso, porque se ve en directo una función o un proceso mental desde cómo pronunciamos una palabra, así como de qué forma se organizan y coordinan las redes de neuronas para llevar a cabo las diferentes operaciones mentales (3).

En el consenso de la Federación Internacional de TDAH, 2021, a través de múltiples metaanálisis, se ha observado que el área de superficie cortical total está ligeramente reducida en niños con TDAH. También, que algunas regiones subcorticales del cerebro son más pequeñas en estos niños, principalmente en las regiones frontal, cingulada y temporal con algunas reducciones en el grosor cortical en las regiones temporales. Además, reportaron que algunas regiones subcorticales del cerebro, es decir, los ganglios basales, la amígdala, el hipocampo y los volúmenes intracraneales, eran más pequeños en niños con TDAH en 23 cohortes de 3,242 participantes. Las diferencias observadas en niños no se advirtieron en adolescentes o adultos. También se informa que los pacientes con TDAH tienen un volumen de hipocampo más pequeño en relación con el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), que estaba relacionado con las diferencias de IQ y un volumen intracraneal más pequeño en relación con los pacientes con TEA y TOC (7).

En resumen, las regiones del cerebro que han sido implicadas en el TDAH corresponden a redes cerebrales que involucran regiones frontales o apoyan la función ejecutiva y la atención (46). Los estudios de neuroimagen funcional han identificado una activación insuficiente o excesiva de algunas redes cerebrales en pacientes con TDAH en com-

paración con pacientes sin TDAH, en particular (46):

- Sobreactivación (supresión reducida) de la red en modo predeterminado durante el desempeño de la tarea.
- Subactivación de los circuitos fronto-estriatal y fronto-parietal y otras regiones frontales del cerebro.
- Subactivación de sistemas implicados en la función ejecutiva y la atención.

Diferentes modelos han sugerido cómo estas alteraciones pueden conducir a síntomas de TDAH, por ejemplo (46):

- Las deficiencias en las redes prefrontal-estriales pueden contribuir a la falta de atención observada en el TDAH.
- Las deficiencias en las redes fronto-límbicas pueden estar relacionadas con síntomas de hiperactividad.

## COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS

Los estudios multivariados de gemelos y hermanos han encontrado un factor genético general que influye en el TDAH y en un amplio espectro de afecciones neuropsiquiátricas. Estos estudios han demostrado un factor genético compartido latente que explica hasta el 45% de la covarianza entre los síntomas de externalización, internalización y fobia de la infancia y el 31% de la covarianza en los síntomas del neurodesarrollo infantil (47-49).

En un estudio realizado en el 2020 con una muestra de 30,532 niños y adolescentes de entre 6 y 18 años, refieren que el TDAH es más común entre los hijos de madres que tenían antecedentes de hospitalización psiquiátrica. Los trastornos de ansiedad,

con un 37.9%, son el grupo de comorbilidades más prevalente entre los que han sido diagnosticados con TDAH. Después de eso están los trastornos del comportamiento (31%); sin embargo, el trastorno negativista desafiante (TND) es el trastorno comórbido más prevalente (26.1%). También se dice que la manía tuvo la tasa más baja entre los niños y adolescentes con TDAH. La edad tiene un efecto significativo sobre el patrón de comorbilidades. La depresión, la fobia social, la ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), el trastorno de estrés postraumático (TEPT), el trastorno de conducta, el TND, el tabaquismo y el consumo de alcohol son más frecuentes entre el grupo de participantes de mayor edad, pero la ansiedad por separación es más común entre el grupo más joven de participantes (50).

## MANEJO

Es importante considerar la relación entre el médico, el paciente y la familia, previo a la indicación de cualquier intervención, ya que la psicoeducación es un pilar fundamental en el manejo de estos pacientes; al educar a los pacientes y sus familias, los médicos pueden crear un marco que aumenta la adherencia al tratamiento, la planificación proactiva de la continuidad del tratamiento a lo largo la vida del paciente e implementar con eficacia enfoques integrales tanto farmacológicos como no farmacológicos. La psicoeducación incluye información sobre las causas del TDAH, las comorbilidades asociadas, la razón de los tratamientos y planes para las transiciones clave en la vida. Todo dentro de un paradigma de atención crónica que emplea la toma compartida de decisiones para reforzar la adherencia al tratamiento y preparar a los pacientes para los retos que se presenten durante el desarrollo.

## CONSIDERACIONES PREVIAS PARA INICIAR CUALQUIER TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PARA EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN / HIPERACTIVIDAD

1. Cuando los problemas relacionados con la falta de atención del niño son tan severos que hay impedimento en el aprendizaje y bajo rendimiento académico.
2. Cuando el TDAH ocasiona graves dificultades en la interacción social. Es muy frecuente que, debido a la falta de atención, los niños con TDAH no presten atención a las señales sociales y la impulsividad causen problemas importantes al momento de relacionarse con sus pares.
3. Cuando el comportamiento del niño en el hogar tiene un efecto negativo en la vida familiar, causando problemas importantes para el niño, los padres y hermanos.
4. Cuando debido a la condición y las consecuencias del trastorno empieza a presentar problemas de autoestima de manera significativa.
5. Atención adecuada al entorno psicosocial, en cuanto a si la familia está integrada o desintegrada, si ambos padres formarán parte del grupo de apoyo en el tratamiento del niño y si hay alguna preocupación acerca de abuso o maltrato.
6. Interrogar antecedentes de psicopatología en la familia.
7. Considerar el entorno socioeconómico del paciente y su familia, ya que el acceso a los medicamentos también puede ser una complicación debido a los costos y la disponibilidad (51).
8. Tener en cuenta las comorbilidades y edad del paciente, ya que, por consenso, se establece que

la medicación para niños menores de seis años no debería tener lugar a menos que sus síntomas sean de severidad considerable y el tratamiento no farmacológico orientado hacia el manejo del comportamiento haya fracasado (52).

## TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

Hay que recordar que los fármacos para el TDAH se clasifican en estimulantes y no estimulantes, y según se menciona en los metaanálisis, ambos reducen la sintomatología de forma efectiva (53,54). Nuestro trabajo será cuestionarnos qué fármaco será el adecuado para tratar a nuestro paciente de acuerdo con la evaluación de los aspectos anteriormente mencionados.

Es importante establecer una buena comunicación con los padres para explicarles los beneficios, así como los riesgos potenciales de la medicación (cabe resaltar que la medicación para el TDAH es segura y efectiva, sin embargo, puede ocasionar reacciones adversas) (7), y a su vez, que ellos proporcionen información valiosa respecto al estado de su hijo para que en conjunto se pueda brindar la medicación más beneficiosa para el niño de acuerdo con la etapa y las condiciones en las que se encuentra. Con excepción de los pacientes que no presentan manifestaciones persistentes del TDAH, el establecimiento del tratamiento farmacológico de los pacientes será a largo plazo, ya que esta modalidad se asocia con mejores resultados tanto en niños como en adultos, de acuerdo con lo que se ha demostrado en las revisiones sistemáticas (31-34).

La elección del medicamento se basa en la evaluación de la severidad de los síntomas, la presencia de comorbilidades y en qué periodos del día se necesita mayor control de los síntomas (por ejemplo, durante las horas de la escuela, durante un día de trabajo).

Con algunas excepciones, los medicamentos para el tratamiento del TDAH ayudan a disminuir los síntomas los siete días de la semana durante todo el año, porque este trastorno afecta otros aspectos de la vida además del escolar o laboral, como la socialización, conducir, realizar tareas y la convivencia en el entorno familiar.

Los fármacos estimulantes tienen gran eficacia en la reducción de síntomas del TDAH a corto plazo, por lo que continúan siendo el tratamiento de primera línea; estos se componen de metilfenidato y derivados de anfetaminas. El mecanismo de acción del metilfenidato es bloquear los transportadores presinápticos de dopamina y norepinefrina, lo que conlleva al aumento de transmisión de catecolaminas. Por otro lado, las anfetaminas de igual forma inhiben ambos transportadores y, aunado a esto, aumentan la salida presináptica de dopamina (52). Aunque ambos psicoestimulantes pueden tener efectos adversos, las anfetaminas son más propensas a causarlos. Dentro de ellos se encuentran la disminución del apetito, insomnio, xerostomía, náuseas, incremento de la frecuencia cardíaca y cefalea (52,55).

Algo que hay que tener muy presente sobre los fármacos psicoestimulantes es que a largo plazo pueden afectar la trayectoria del crecimiento, especialmente la altura y el peso; en la altura puede haber una modesta reducción (de 1 a 3 cm, aproximadamente); sin embargo, es en el peso (que en un inicio disminuye) e índice de masa corporal (IMC) donde se puede notar un incremento significativo. Afortunadamente, estos efectos se pueden atenuar si se toma un descanso en la medicación, por ejemplo, durante los periodos vacacionales (52).

En ocasiones, puede haber preocupación por parte de los padres respecto a la farmacodependencia,



sin embargo, es importante señalar que, de acuerdo con estudios longitudinales, estos medicamentos no provocan dependencia y benéficamente el riesgo de abuso de sustancias disminuye (52).

Cuando se ha tomado la decisión de dar inicio al tratamiento farmacológico a niños que tengan una edad mayor a cinco años, la guía NICE de TDAH recomienda iniciar con metilfenidato (ya que es más conveniente respecto a la relación riesgo-beneficio) (7), y si la respuesta es inadecuada se puede cambiar por anfetamina (52).

Respecto a los fármacos no estimulantes, se ha observado que tienen menos resultados comparados con los fármacos psicoestimulantes y es por esto que se recomienda reservarlos para los pacientes que tengan una respuesta baja a los fármacos estimulantes o que la presentación de los efectos adversos sean intolerables para el paciente. Dentro de los fármacos no estimulantes podemos encontrar la atomoxetina, un inhibidor del transportador de norepinefrina; otros ejemplos son la guanfacina y clonidina, los cuales son  $\alpha$ -2 agonistas (52).

Al igual que los fármacos estimulantes, es importante tener en cuenta los efectos adversos que pueden ser ocasionados por los fármacos no estimulantes. Por ejemplo, con la administración de atomoxetina podemos encontrar aumento de la presión sanguínea, retención urinaria y en raras ocasiones daño hepático; con la guanfacina puede haber somnolencia en un 38% de los casos, dolor en parte alta del abdomen y disminución de la presión sanguínea (55).

En caso de ser necesaria, la medicación para el TDAH supone un gran beneficio no sólo para este trastorno sino para tratar algunas comorbilidades que pueden

llegar a presentarse, por ejemplo sobre la depresión, ya que según un estudio longitudinal de cohorte en el cual se utilizaron registros nacionales de Suecia, se encontró que, si se daba la medicación para TDAH, el riesgo de depresión tres años después se reducía en un 40% y el de suicidio en un 20%, los cuales son porcentajes bastante significativos (7). Aunado a esto, también se vio que la medicación a largo plazo para TDAH se asocia con una reducción del 30% de embarazos adolescentes (29).

## TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS

Los enfoques no farmacológicos para el tratamiento del TDAH podrían ser necesarios por varias razones. En primer lugar, algunos pacientes no responden de manera positiva a los fármacos y podrían experimentar poco control de los síntomas, efectos adversos intolerables o ambos. En segundo lugar, el tratamiento farmacológico por sí mismo no puede producir resultados óptimos en todos los dominios de deterioro relacionados con el TDAH. Por último, los pacientes podrían no tener acceso a los medicamentos, ya sea por decisión de los padres, del paciente o debido a otras causas.

**Intervención dietética.** Hasta el momento de la revisión, la evidencia disponible y las conclusiones, no cuenta con el nivel de evidencia adecuado como para incluirlos dentro de las recomendaciones (53).

**Intervenciones conductuales.** Son las opciones de tratamiento psicológico mejor establecidas, recomendadas y más utilizadas. Los ampliamente probados principios de refuerzo positivo y negativo, y el aprendizaje social, proporcionan la base para una serie de técnicas que ayudan en el tratamiento del TDAH, ya sea para reducir el comportamiento in-

adecuado, promover la conducta adecuada y para mejorar las relaciones entre padres e hijos (54,56). Estas intervenciones se adecuan a la edad del paciente y pueden ser, por ejemplo, el entrenamiento de los padres y adaptaciones en el salón de clases, y éstas siempre deben considerarse como complemento del tratamiento farmacológico. Aunque estas estrategias tienen un mínimo efecto en el control óptimo de los síntomas, sí mejoran la calidad de vida tanto del paciente como de sus padres, facilitando la convivencia y ayudando en la comprensión y el conocimiento de la enfermedad en todos los miembros de la familia.

### **TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN TDAH**

Ya que la remisión completa de los signos del TDAH no siempre se logra con la farmacoterapia, las intervenciones psicológicas parecen ser más accesibles a síntomas como el comportamiento social, organizacional y los esquemas de pensamiento.

En la terapia cognitivo conductual (TCC), se enseña a los niños con TDAH a utilizar estrategias cognitivas y contingencias que les instruyen a retrasar la respuesta impulsiva. Además, se les enseña a utilizar la autoinstrucción, el autocontrol, el autorrefuerzo, técnicas para la resolución de problemas y estrategias de motivación para un mejor autocontrol sobre la atención y sobre problemas de conducta impulsiva, con resultados bastante efectivos que permiten una mejor adaptación a los distintos contextos en los que se desenvuelven (57).

Si bien los programas de TCC actuales en adultos no sugieren ningún efecto significativo en la hiperactividad-impulsividad, ésta podría ayudar a los pacientes con TDAH a tratar problemas cog-

nitivos, en particular en los esquemas cognitivos, la organización, la procrastinación, el aprendizaje, la regulación emocional y, por ende, problemas de autoestima, auxiliando a desarrollar nuevas estrategias funcionales, conductas duraderas y nuevos patrones de pensamiento (58).

### **CONCLUSIONES**

Se requieren criterios diagnósticos adecuados que se vayan adecuado a las etapas del desarrollo, desde la infancia a la adolescencia, con la inclusión de los biomarcadores existentes con el fin de mejorar el diagnóstico, así como realizar intervenciones tempranas para reducir el desarrollo de complicaciones y evaluar la presencia de comorbilidades que alteren el curso de la enfermedad y la adherencia al tratamiento. Uno de los principales objetivos debe ser la educación y toma de conciencia de la enfermedad para reducir el estigma, así como impulsar la investigación y el desarrollo de nuevos tratamientos. Es muy importante contar con la participación de los padres.

### **DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS**

Los autores declaran que en este estudio no existen conflictos de interés relevantes.

### **FUENTE DE FINANCIAMIENTO**

No existió fuente alguna de financiamiento particular para la elaboración de este trabajo de revisión.

### **FUENTES**

1. Ochoa-Madrigal MG, Valencia-Granados FJ, Hernández-Martínez H. Trastorno por

- Déficit de Atención e Hiperactividad en la infancia. *Psiquiatría*. 2017; 45(3):93-99.
2. Cantwell DP. Attention Deficit Disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996; Aug; 35(8):978-987.
  3. Ochoa MMG, Ortega SHA VG. Perfusión Sanguínea Cerebral mediante SPECT en niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Neurol Neurocir Psiquiat*. 2004; 37(4 SRC-BaiduScholar FG-0):145-155.
  4. Mardomingo MJ. Trastorno hiperactivo. México: Ed. Díaz de Santos S.A., 1994.
  5. Mardomingo MJ. Hiperactividad y trastorno de la conducta social. En: VI Congreso de Psiquiatría Infanto-Juvenil, 1990.
  6. Weiss G. Studies on the Hyperactive Child. *Arch Gen Psychiatry*. 1971 May; 24(5):409.
  7. Faraone S V, Banaschewski T *et al*. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. Vol. 128, *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. *Neurosci Biobehav Rev*; 2021. 789-818.
  8. Bradley C. The behavior of children receiving benzedrine. *Am J Psychiatry*. 1937 Nov; 94(3):577-585.
  9. Willcutt EG. The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. Vol. 9, *Neurotherapeutics*. *Neurotherapeutics*; 2012. 490-499.
  10. Fayyad J, Sampson NA *et al*. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2017 Mar; 9(1):47.
  11. Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros Á, Bitter I. Prevalence and correlates of adult Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Meta-analysis. Vol. 194, *British Journal of Psychiatry*. *Br J Psychiatry*; 2009. 204-211.
  12. Matuschek T, Jaeger S *et al*. The acceptance of the K-SADS-PL - potential predictors for the overall satisfaction of parents and interviewers. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2015 Sep; 24(3):226-234.
  13. Kaufman J, Birmaher B *et al*. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(7):980-988.
  14. Faraone S V. The scientific foundation for understanding Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder as a valid psychiatric disorder. Vol. 14, *European Child and Adolescent Psychiatry*. *Eur Child Adolesc Psychiatry*; 2005. 1-10.
  15. (UK) NGC. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: diagnosis and management. London; 2018.
  16. Segal DL. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). In: *The Corsini Encyclopedia of Psychology*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.; 2010.
  17. Organización Mundial de la Salud O. CIE-11: Clasificación internacional de enfermedades, edición 11. 2018.
  18. NICE. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: diagnosis and management. Nice Guideline nº 87. *Natl Inst Heal Clin Excell*. 2018; (September 2019):62.

19. Oades RD. Dopamine-serotonin interactions in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Prog Brain Res.* 2008 Jan; 172:543-565.
20. Goodman R, Stevenson J. A Twin Study of Hyperactivity-II. The Aetiological Role of Genes, Family Relationships and Perinatal Adversity. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 1989 Sep 1 [cited 2022 Jun 2]; 30(5):691-709. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1469-7610.1989.tb00782.x>
21. Biederman J, Munir K *et al.* A family study of patients with Attention Deficit Disorder and normal controls. *J Psychiatr Res.* 1986; 20(4):263-274.
22. Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Knee D, Tsuang MT. Family-Genetic and Psychosocial Risk Factors in DSM-III Attention Deficit Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1990 Jul; 29(4):526-533.
23. Franke B, Faraone SV *et al.* The genetics of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in adults, a review. *Mol Psychiatry.* 2012 Oct; 17(10):960-987.
24. Larsson H, Chang Z, D'Onofrio BM, Lichtenstein P. The heritability of clinically diagnosed Attention Deficit Hyperactivity Disorder across the lifespan. *Psychol Med.* 2014; 44(10):2223-2229.
25. Faraone SV, Perlis RH *et al.* Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biol Psychiatry.* 2005 Jun; 57(11):1313-1323.
26. Demontis D, Walters RK *et al.* Discovery of the first genome-wide significant risk loci for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Nat Genet* 2018 511. 2018 Nov; 51(1):63-75.
27. Martínez Morga M, Quesada Rico M de la P, Bueno C, Martínez Pérez S. Bases neurobiológicas del trastorno del espectro autista y del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad: diferenciación neural y sinaptogénesis. *Rev Neurol.* 2018; 66(S01):97.
28. Faraone SV, Larsson H. Genetics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Mol Psychiatry* 2018 244. 2018 Jun; 24(4):562-575.
29. Demontis D, Walters RK *et al.* Discovery of the first genome-wide significant risk loci for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Nat Genet.* 2019 Jan; 51(1):63-75.
30. Allred EN, Dammann O *et al.* Systemic Inflammation during the First Postnatal Month and the Risk of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Characteristics among 10 year-old Children Born Extremely Preterm. *J Neuroimmune Pharmacol.* 2017 Sep; 12(3):531-543.
31. Ambrosino S, De Zeeuw P, Wierenga LM, Van Dijk S, Durston S. What can cortical development in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder teach us about the early developmental mechanisms involved? *Cereb Cortex.* 2017 Sep; 27(9):4624-4634.
32. Richardson JR, Taylor MM *et al.* Developmental pesticide exposure reproduces features of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *FASEB J.* 2015 May; 29(5):1960-1972.
33. Banerjee T Das, Middleton F, Faraone S V. Environmental risk factors for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Acta Paediatr.* 2007 Sep; 96(9):1269-1274.
34. Skoglund C, Chen Q, D'Onofrio BM, Lichtenstein P, Larsson H. Familial confoun-



- ding of the association between maternal smoking during pregnancy and ADHD in offspring. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014 Jan; 55(1):61-68.
35. Milberger S, Biederman J, Faraone S V, Chen L, Jones J. Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children? *Am J Psychiatry*. 1996 Sep; 153(9):1138-1142.
  36. Stevens SE, Sonuga-Barke EJS *et al*. Inattention/Overactivity Following Early Severe Institutional Deprivation: Presentation and Associations in Early Adolescence. *J Abnorm Child Psychol*. 2008 Apr; 36(3):385-398.
  37. Mill J, Petronis A. Pre- and peri-natal environmental risks for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): the potential role of epigenetic processes in mediating susceptibility. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008 Oct; 49(10):1020-1030.
  38. Tseng JJ, Lin CH, Lin MC. Long-Term Outcomes of Pediatric Enterovirus Infection in Taiwan: A Population-Based Cohort Study. *Front Pediatr*. 2020 Jun; 8.
  39. Keilow M, Wu C, Obel C. Cumulative social disadvantage and risk of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Results from a nationwide cohort study. *SSM - Popul Heal*. 2020 Apr; 10.
  40. Mapou RL. Counterpoint: Neuropsychological Testing is Not Useful in the Diagnosis of ADHD, But... <https://doi.org/101521/adhd20192728>. 2019 Mar; 27(2):8-12.
  41. Fuermaier ABM, Fricke JA, de Vries SM, Tucha L, Tucha O. Neuropsychological assessment of adults with ADHD: A Delphi consensus study. *Appl Neuropsychol*. 2019 Jul; 26(4):340-354.
  42. Goldstein S, Naglieri JA. The school neuropsychology of ADHD: Theory, assessment, and intervention. *Psychol Sch*. 2008 Nov; 45(9):859-874.
  43. Kahn E, Cohen LH. Organic Drivenness a Brain-Stem Syndrome and an Experience. *N Engl J Med*. 1934 Apr; 210(14):748-756.
  44. Chelune GJ, Ferguson W, Koon R, Dickey TO. Frontal lobe disinhibition in Attention Deficit Disorder. *Child Psychiatry Hum Dev*. 1986; 16(4):221-234.
  45. Wilens TE. ADHD: Prevalence, Diagnosis, and Issues of Comorbidity. *CNS Spectr*. 2007 Nov; 12(S6):1-5.
  46. Purper-Ouakil D, Ramoz N, Lepagnol-Bestel AM, Gorwood P, Simonneau M. Neurobiology of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatr Res*. 2011 May; 69(5 PART 2).
  47. Pettersson E, Anckarsäter H, Gillberg C, Lichtenstein P. Different neurodevelopmental symptoms have a common genetic etiology. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2013 Dec; 54(12):1356-1365.
  48. Pettersson E, Larsson H, Lichtenstein P. Common psychiatric disorders share the same genetic origin: A multivariate sibling study of the Swedish population. *Mol Psychiatry*. 2016 May; 21(5):717-721.
  49. Lahey BB, Van Hulle CA, Singh AL, Waldman ID, Rathouz PJ. Higher-order genetic and environmental structure of prevalent forms of child and adolescent psychopathology. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Feb; 68(2):181-189.
  50. Mohammadi MR, Zarafshan H *et al*. Prevalence of ADHD and Its Comorbidities

- in a Population-Based Sample. *J Atten Disord*. 2021 Jun; 25(8):1058-1067.
51. Newmark S. ADHD without drugs: a guide to the natural care of children with ADHD. 1st ed. Arizona: Nurtured Heart Publications; 2010.
  52. Posner J, Polanczyk G V., Sonuga-Barke E. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Vol. 395, *The Lancet*. 2020. 450-462.
  53. Stevenson J, Buitelaar J *et al*. Research Review: The role of diet in the treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder - an appraisal of the evidence on efficacy and recommendations on the design of future studies. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014 May; 55(5):416-427.
  54. Pfeiffer JB, Gober C, Taylor EJ. How Christian nurses converse with patients about spirituality. *J Clin Nurs*. 2014 Oct; 23(19-20):2886-2895.
  55. Fawns T. Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. Vol. 48, *Primary Care - Clinics in Office Practice*. *Prim Care*; 2021. 475-491.
  56. Wells KC, Epstein JN *et al*. Parenting and family stress treatment outcomes in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): an empirical analysis in the MTA study. *J Abnorm Child Psychol*. 2000 Dec; 28(6):543-553.
  57. Emilsson B, Gudjonsson G *et al*. Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent Symptoms: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2011 111. 2011 Jul; 11(1):1-10.
  58. Flores GWR, Parra VAB. Cognitive Behavioral Treatment in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Rev Psicol Univ Antioquia*. 2015 Jul; 6(2 SE-Artículos de investigación).

# Tratamiento farmacológico de las alteraciones del ciclo sueño-vigilia-sueño

Dr. Moisés Álvarez-Rueda J.<sup>\*</sup>, Dr. Jorge A. Peña-Ortega<sup>\*\*</sup>,  
Dra. Ma. Dolores Ramírez-González<sup>\*\*\*</sup>

<sup>\*</sup> Unidad de Psicofisiología (UPF). Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, UNAM. Expresidente de la Asociación Mexicana de Farmacología A.C.

<sup>\*\*</sup> Unidad de Psicofisiología (UPF). Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Jefe de la Unidad de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital General «Dr. Manuel Gea González».

<sup>\*\*\*</sup> Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, UNAM. Presidenta de la Asociación Mexicana de Farmacología A.C.

## RESUMEN

El sueño es una función del organismo reversible, espontánea y sensible a variables internas —como los neurotransmisores— o externas —como la luz-oscuridad, condiciones forzadas de actividades o aislamiento social—. La alternancia sueño-vigilia es la manifestación más notable en los vertebrados superiores. El estudio del ciclo vigilia-sueño se realiza en los laboratorios especializados y clínicamente se puede evaluar con el RPSG o con los cuestionarios diarios de los hábitos del sueño.

Las fases del ciclo vigilia-sueño se han caracterizado por las siguientes fases:

- Fase de V: actividad baja con frecuencias entremezcladas (ABFE) en el EEG, movimien-

tos oculares (MO) voluntarios, tono muscular presente en el electromiograma (EMG).

- Fase No-MOR 1 (N1): ABFE, MO, disminución del tono muscular, de la frecuencia respiratoria (FR) y de la frecuencia cardiaca (FC).
- Fase N2: alternancia de actividad rápida y actividad lenta en el EEG, husos de sueño y complejos «K» (onda aguda seguida de una onda lenta), no se observan MO, disminuye la FR, la FC y el tono muscular.
- Fase N3: actividad lenta en el EEG, no se observan MO, disminuye el tono muscular. Fase con movimientos oculares rápidos (MOR).
- Fase R: actividad rápida en el EEG, MOR, abolición del tono muscular.



En la UPF, se caracterizó el ciclo vigilia-sueño en una población de adultos jóvenes (AJ) y en un grupo de adultos mayores (AM). Las características del sueño pueden también evaluarse a través de los cuestionarios diarios de sueño; con estos métodos, se evalúan las características de las fases de sueño y sus modificaciones, así como los hábitos diarios de sueño.

En la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño se encuentran el insomnio, los trastornos del sueño relacionados con la respiración, el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), los trastornos de hipersomnolencia central, los trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia, las parasomnias y los trastornos del movimiento relacionados con el sueño. El abordaje terapéutico inicial en los trastornos del sueño debe basarse en

la modificación de los hábitos de sueño, medidas higiénicas o terapias cognitivas. El tratamiento farmacológico puede establecerse con productos naturales, antidepresivos, inductores del sueño, benzodiazepinas (BZD), neurolépticos o estabilizadores del ánimo. En el tratamiento farmacológico de la hipersomnolencia diurna y del síndrome de apnea obstructiva del sueño, se han estudiado compuestos considerados como alertantes; es el caso de la sulbutiamina, el modafinilo y el armodafinilo. La atomoxetina se desarrolló inicialmente para el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), pero parece tener efecto sobre la somnolencia diurna y el SAOS.

**Palabras clave:** *Trastornos del ciclo vigilia sueño, tratamiento integral, fármacos y sueño, tratamiento de las apneas del sueño.*



## PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF SLEEP-WAKE CYCLE DISORDERS

### ABSTRACT

Sleep is a function of body, reversible, spontaneous state and sensitive to internal variables as neurotransmitters or externs as light-darkness, strong conditions of activity or lockdown. Sleep-wake alternation is the most notable manifestation, in upper vertebrates, of the periodicity in the activity of living tissues.

The study of the sleep-wake cycle (SWC), is performed in specialized laboratories and can clinically be evaluated with the PSGR or daily questionnaires of sleep habits. The phases of the SWC have been characterized. Stage W: Low Amplitude Mixed Frequency (LAMF) in the EEG, voluntary eye movements (EM), muscle tone in the electromyogram (EMG). Stage No-REM 1 (N1): LMF, EM, decreased muscle tone in the EMG. Stage N2: slow activity in the EEG, sleep spindles and «K» complex (acute wave followed by a slow wave), EM, decreases respiratory frequency (RF), heart frequency (HF) and muscle tone in EMG. Stage N3: slow activity in the EEG, no EM, decreases muscle tone in EMG. Stage with rapid eye movements (REM), phase R. rapid activity in the EEG, MOR, abolition of muscle tone. In UPF, the SWC was characterized in a young adult population (AJ) and in an older adult (AM) group. Sleep characteristics can also be evaluated through daily sleep questionnaires. With these methods we can evaluate the characteristics of the sleep stage and their disorders; as well as daily sleep habits. In the International Classification of Sleep Disorders we found: Insomnia, Sleep Disorders Related to Breathing, Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSA), Central Hypersomnolence Disorders,

Circadian Rhythm Disorders, Parasomnias and Sleep-Related Movement Disorders. The therapeutic approach of the initial SWC disorders should be based on modifying sleep habits, health habits or cognitive therapies. Pharmacological treatment can be established with natural products, antidepressants, sleep inducers, Benzodiazepines (BZD), neuroleptics or mood stabilizers. In the pharmacological treatment of daytime hypersomnolence and OSA, compounds have been evaluated eloped as the awake drugs. This is the case with Sulbutiamine, Modafinil and Armodafinil. Atomoxetine was initially developed for Attention Deficit Hyperactivity Syndrome (ADHD), but it also appears to have an effect on daytime sleepiness and OSA.

**Keywords.** *Sleep-wake cycle disorders, Treatment, Sleep and Drugs, Pharmacological Treatment of Obstructive Sleep Apnea*

## INTRODUCCIÓN

El sueño es una función del organismo, reversible, espontánea y sensible a variables internas —como los neurotransmisores— (1) o externas —como la luz-obscuridad, condiciones forzadas de actividades o aislamiento social (2)—. La alternancia sueño-vigilia es la manifestación más notable en los vertebrados superiores, si bien no hay un criterio único y concluyente sobre el sueño (3).

En el sueño observamos criterios diversos de la actividad motora, sensorial o autonómica. El sueño está integrado por periodos o fases desde la más ligera hasta la más profunda; los investigadores también lo dividen en dos tipos diferentes según sus características: el sueño lento o sueño No-MOR (sueño N) y el sueño rápido (sueño R o SMOR) (3,4).

El estudio del ciclo vigilia-sueño se realiza en los laboratorios especializados y clínicamente se puede evaluar con el registro poligráfico de toda la noche o polisomnograma (RPSG) (4) o los cuestionarios diarios de los hábitos del sueño (5). El RPSG consiste en la evaluación de diferentes variables que se modifican durante el sueño y que se obtienen a través de electrodos que se colocan en sitios estratégicos del cuero cabelludo, la cara, el mentón, las extremidades y el tórax. Se conectan a un polígrafo y pueden registrarse en papel o en la computadora, con lo que se obtienen las diferentes fases del ciclo vigilia-sueño y sus alteraciones, lo que permite apoyar el diagnóstico de los trastornos del sueño (4).

### **CARACTERIZACIÓN DE LAS FASES DEL SUEÑO**

En el hombre, las fases del ciclo vigilia-sueño se han caracterizado por (5):

- Fase de Vigilia (V): actividad rápida de mediano voltaje en el electroencefalograma (EEG), movimientos oculares (MO) voluntarios, tono muscular presente en el electro-

miograma (EMG).

- Fase No-MOR (movimientos oculares rápidos) 1 (N1): actividad lenta con frecuencias entremezcladas (ALFE), MO, disminución del tono muscular, de la frecuencia respiratoria (FR) y de la frecuencia cardíaca (FC).
- Fase N2: alternancia de actividad rápida y actividad lenta en el EEG, husos de sueño y componentes «K» (onda aguda seguida de una onda lenta), no se observan MO, disminuye la FR, la FC y el tono muscular.
- Fase N3: actividad lenta en el EEG, no se observan MO, disminuye el tono muscular. Fase con movimientos oculares rápidos (MOR).
- Fase R: actividad rápida en el EEG, MOR, abolición del tono muscular.

En la Unidad de Psicofisiología del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, se caracterizó el ciclo vigilia-sueño en una población de jóvenes universitarios (n=18) adultos jóvenes (AJ) y en un grupo de adultos mayores (n=14) (AM). Las características son las siguientes (4).

**Cuadro 1.** Comparación de variables del sueño entre AJ y AM (segunda noche de registro)

PARÁMETRO	ADULTOS JÓVENES (AJ) (N=18)	ADULTOS MAYORES (AM) (n=14)
Vigilia (min)	37±31	87±24
Fase N1 (min)	25±25	26±9
Latencia al sueño (desde fase 2) (min)	16±8	9±5
Índice de eficiencia	0.9±0.1	0.8±0.1
Cambios de fase (número)	53±17	68±10
Vigilia intrasueño (número)	7±6	13±1
Sueño R (número)	7±4	4±0.3
Sueño R (minutos)	95±33	65±26
Latencia al sueño R (min)	111±39	104±39
Fase N2	244±48	159±37
Fase N3	39±27	57±31

**Cuadro 2.** Distribución de los eventos fásicos del sueño, por fase de sueño

	FASE N1	FASE N2	FASE N3	FASE R
Movimientos de despertar (MD)	+	+	++	+
Movimientos corporales (MC)	++	++	+	+
Episodios de movimiento (EM)	--	++	--	+++
Movimientos oculares rápidos (MOR)	--	--	--	+++

Las características del sueño pueden evaluarse también a través de los cuestionarios diarios de sueño (6,7).

**Figura 1.** Cuestionario diario de hábitos de sueño

Unidad de Psicofisiología. Facultad de Medicina. UNAM

**Cuestionario de hábitos de sueño**

Nombre:  Fecha:

**Instrucciones:** responda las siguientes preguntas cada noche, poco antes o en el momento de acostarse.

Hora en que se acostó:  ¿Cuánto tiempo tardó en dormir?:

Hora en que se despertó:  Hora en que se levantó:

¿Cuánto tiempo cree usted que durmió?:

¿Se despertó en la noche?: [no] [sí] ¿Cuántas veces?:

Comparando el sueño de anoche con el habitual, fue:

**Malo [1] [2] [3] [4] [5] Bueno**

¿Cómo se sintió al despertar?:

**Mal [1] [2] [3] [4] [5] Bien**

¿Soñó?: [no] [sí] Sueños agradables [ ] Sueños desagradables [ ] Sueños indiferentes [ ]

¿Durmió siesta(s)?: [no] [sí] ¿Cuántas?:  Tiempo total:

¿Ingirió alcohol?: [no] [sí] ¿Qué bebida?:  ¿Cuánto?:

¿Fumó?: [no] [sí] ¿Marca?:  ¿Cantidad?:

¿Tomó medicinas?: [no] [sí] ¿Cuál(es)?:  ¿Dosis?:

¿Cómo se sintió hoy?:

**Mal [1] [2] [3] [4] [5] Bien**

¿Hay alguna causa?: [no] [sí] ¿Cuál?:

¿Tuvo hoy alguna sensación «rara»? [no] [sí]

Describala

¿El día de hoy realizó alguna actividad poco común que pueda influir su sueño?

Ejercicio físico: [no] [sí] Relaciones sexuales: [no] [sí]

Acontecimientos que le hayan producido tensión (por ejemplo: exámenes): [no] [sí]

¿Trabajó o estudió de manera excesiva?: [no] [sí]

¿Otros?:

Observaciones:



Con estos métodos se pueden evaluar las características de las fases de sueño, sus modificaciones; o los hábitos diarios de sueño (6,7).

### **CARACTERÍSTICAS DEL SUEÑO NO-MOR (SUEÑO N) (3,4)**

- Fase N1. Transición entre la V y el S, dura de 30 segundos a 7 minutos, hay baja reactividad a estímulos y bajo voltaje EEG.
- Fase N2. Primer estado del sueño, ocupa casi el 45% del tiempo de sueño, bajo voltaje en el EEG, transición hacia el sueño profundo (N3).
- Fase N3. Sueño lento, sincrónico o sueño Delta. Actividad cerebral baja, frecuencia cardíaca, respiratoria y presión sanguínea disminuidas, dificultad para despertar, relajación muscular, sueño reparador, se invierten y se restablecen procesos bioquímicos y fisiológicos, aumenta la secreción de la hormona de crecimiento (HC) (particularmente en la adolescencia).

### **CARACTERÍSTICAS DEL SUEÑO MOR (SUEÑO R) (4,5)**

- Fase R. Actividad cerebral aumentada, frecuencia cardíaca, respiratoria y presión sanguínea aumentadas. El individuo recuerda sus sueños si es despertado en esta fase. El sueño R se intercala con el sueño N a intervalos de 90 minutos (ciclo básico de actividad y descanso, ritmo de sueño). Se restablece la actividad cerebral y se favorece el crecimiento, hay consolidación de los procesos mnésicos, mejora la creatividad, el equilibrio emocional, la sexualidad y el estado anímico. Hay un crecimiento psicológico y desarrollo positivo de la personalidad.

### **EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL SUEÑO (8,9)**

Algunos de los componentes de la calidad del sueño son: latencia al sueño: tiempo que transcurre desde que el sujeto se prepara a dormir (ir a la cama) y el inicio electrográfico del sueño (comúnmente el inicio de la fase N2 de sueño), latencia al sueño R: el inicio de fase N2 al inicio de la fase de sueño R, tiempo total de sueño (TTS): tiempo total de RPSG menos la V inicial, final e intrasueño, índice de eficiencia: tiempo total de registro menos tiempo total de sueño.

### **CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO (TERCERA EDICIÓN) AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE 2014 (10-13)**

- I. Insomnio
- II. Trastornos del sueño relacionados con la respiración
- III. Trastornos de hipersomnolencia central
- IV. Trastornos del ritmo circadiano sueño-vigilia
- V. Parasomnias relacionadas al sueño N o al sueño R
- VI. Trastornos del movimiento relacionado con el sueño

### **ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LAS ALTERACIONES DEL CICLO VIGILIA-SUEÑO (14-15)**

El abordaje terapéutico inicial es la modificación de los hábitos de sueño; medidas higiénicas del sueño (realización de un diario del sueño) o terapias cognitivas: autohipnosis, meditación, control de estímulos, relajación progresiva.

Tratamiento farmacológico: productos naturales como la melatonina, inductores del sueño (No-BZD), benzodiazepinas (BZD) (que dependiendo de las dosis pueden tener efecto ansiolítico, miorrelajante, sedantes-hipnótico, antiepiléptico), antidepressivos, neurolépticos (antipsicóticos), estabilizadores del ánimo.

Ante el posible retorno a las actividades presenciales, será de gran interés documentar el impacto del prolongado aislamiento social y de la COVID-19 en las diferentes características del sueño, tanto en adultos jóvenes como en adultos mayores, así como revisar su abordaje terapéutico.

### Unidad de Psicofisiología. Facultad de Medicina. UNAM

#### Hábitos de sueño. Sugerencias:

1. El ambiente de sueño debe ser propicio (cama, colchón, almohada, cobijas, temperatura, iluminación, ruido exterior, etc.). Deberá ser un espacio silencioso, no asociado a hábitos alimenticios, reuniones familiares o para ver televisión.
  2. Métese a la cama sólo si es de noche y tiene sueño. Abandone la cama si ha perdido el sueño.
  3. Levántese a la misma hora todos los días (si es necesario, utilice despertador).
  4. Levántese y acuéstese a la misma hora todos los días. Evite las siestas, el trabajo o cualquier actividad o situación que pueda afectar los hábitos de sueño.
  5. No se acueste demasiado temprano, antes de su hora habitual, intentando recuperar el sueño perdido, ya que una moderada restricción ocasional de sueño condiciona una mejor calidad.
  6. Realice ejercicios diariamente, de preferencia en la tarde. No lo haga inmediatamente antes de la hora de acostarse, ya que esto puede aumentar las dificultades para dormir.
  7. Evite cenas copiosas (abundantes) o pesadas por la noche, poco tiempo antes de ir a dormir.
  8. Evite el consumo excesivo de alcohol, cafeína o nicotina (tabaco) varias horas antes de ir a la cama.
  9. Una pequeña cantidad de alcohol puede ayudar a dormir en algunos individuos, pero no se recomienda en forma cotidiana.
  10. Trate de realizar actividades placenteras o relajantes como baño caliente, relaciones sexuales o lectura, poco tiempo antes de dormir.
  11. Ver la televisión, escuchar radio o leer en la cama, puede afectar el inicio del sueño; identifíquelo y, si es el caso, no realice estas actividades por un tiempo.
  12. Trate de evitar exposiciones prolongadas a algunos eventos circádicos naturales, como la luz del sol, ya que se ha demostrado que en los adultos mayores puede propiciar un síndrome de fase de sueño retardado.
- Descanse. Buenas noches.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL INSOMNIO (15)

### Melatonina (15-19)

La melatonina es un producto natural. Las indicaciones terapéuticas (IT) incluyen la inducción fisiológica del sueño, el ajuste del ritmo de sueño, los cambios rápidos de los husos horarios (Jet Lag) y la neuroprotección.

Su mecanismo de acción (MA) es la interacción sobre los receptores M1 y M2, unidos a las proteínas G acopladas al receptor (PGAR).

Vía de administración (VA) oral (Per Os).

El rango de dosis en 24 horas es de 3-10 mg (frecuente) y de 1-15 mg (extremas). La biodisponibilidad (F) es del 30-50%.

El tiempo máximo (TM) es de 60 minutos para alcanzar las concentraciones máximas (CM).

Efectos adversos frecuentes (EA): cefalea, mareos, náuseas, somnolencia.

### Zolpidem (15, 20-24)

Es una No-BZ.

IT: inducción del sueño y tratamiento a corto plazo del insomnio.

MA: agonista del receptor a BZ, aumenta la afinidad sobre el receptor a GABAA.

VA oral.

Dosis (24 horas), en adultos, es de 6.25-12.5 mg.

La F es del 72±7.

Se excreta por orina (>1%).

La unión a proteínas plasmáticas (UPP) es de 92% (↓ DR, DH).

El aclaramiento (CL) es de 4,5±0.7 (CYP3A4) (↓ DH, edad, ↑ niños).

El volumen de distribución (V) es de 0.68±0,06 L/kg (↑ DR).

La vida media (t<sub>1/2</sub>) es de 1.9±0.2 h (↑ edad, DH, ↓ niños).

El TM es de 1.0-2.6 h.

CM = 76-139 ng/ml.

EA: bajos, ocasionalmente sedación diurna y amnesia.

### Triazolam (15)

IT: inductor del sueño.

MA: agonista del receptor a BZ, aumenta la afinidad sobre el receptor a GABAA.

VA oral.

Dosis oral en adultos (24 horas) es de 0.125-0.5 mg.

F: rápida y completa.

CL= 80%.

UPP = 89-94%.

V = 0.8 a 1.3 L/kg.

t<sub>1/2</sub> = 2.9±1.0 h.

TM = 0.7-2 h.

EA: ae inactiva rápidamente; puede provocar alteraciones diurnas como efecto colateral.

### Estazolam (15)

IT: tratamiento farmacológico del insomnio. Inductor del sueño.

MA: agonista del receptor a BZ, aumenta la afinidad sobre el receptor a GABAA.

VA: oral.

Dosis oral en adultos (24 h) 1-2 mg.

F (oral) = 94%.

Excreción urinaria, con un % elevado como metabolitos, 4% en heces.

UPP = 93%.

t<sub>1/2</sub>=10-24 h.

TM = 2 h (0.5 a 6 h).

CM = 48 ng/ml por mg.

EA: similares a los del triazolam (inactivación rápida, alteraciones diurnas).

### Mirtazapina (15,25)

IT: antidepresivo atípico.

MA: inhibidor de la recaptura de NA, 5-HT y DA (¿).



VA: oral.

Dosis oral (24 horas) = 5-45 mg.

F=50±10%.

UPP = 85%.

CL=9.12±1.14 mL/min/kg (en mujeres CL/F menor, prolongada en hombres DH y DR.

V = 4.5 ± 1.7 L/kg.

t<sub>1/2</sub> =16.3±4.6 ↑ DH DR.

TM =1.5±0.7 h.

CM =41.8 ± 7.7 ng/mL.

EA: somnolencia, aumento de peso.

### Quetiapina (15,26)

IT: antipsicótico, insomnio, trastorno bipolar, ansiolítico.

MA: actúa sobre el receptor a dopamina (D), D2.

VA: oral.

Dosis oral en adultos (24 horas) es de 300-500

mg (frecuente) 50-750 (extremas).

F oral 9% ↑ alimentos.

Excreción urinaria <1%.

UPP = 83%.

CL =19 mL/min/kg edad, DH.

V =10±4 L/kg.

t<sub>1/2</sub> =6 h.

TM = 1-1.8 h.

CM = 278 ng/mL.

EA: síndrome metabólico, aumento de peso.

### Olanzapina (15,27,28)

IT: antipsicótico, trastorno bipolar, insomnio.

MA: acción sobre receptores D y adrenérgicos (A).

VA: oral.

Dosis oral en adultos (24 horas) 5-10 mg (frecuente) 2.5-20 (extremas).

F oral =~60%.



Excreción urinaria = 7.3%.  
 UPP = 93%.  
 CL = 6.2±2.9 mL/min/kg.  
 V = 16.4±5.1 L/kg.  
 t1/2 = 33.1±10.3 h ↑ edad.  
 TM = 6.1±1.9 h.  
 CM = 12.9 ± 7.5 ng/mL.  
 EA: síndrome metabólico, aumento de peso.

### **Risperidona (15,29,30)**

IT: antipsicótico.  
 MA: acción sobre receptores D y colinérgicos (ACh)  
 VA: oral.  
 Dosis oral en adultos (24 horas) = 1-3 mg.  
 F oral: 66±28, IM: 103±13.  
 Excreción urinaria = 3±2%.  
 UPP = 89%.  
 CL = 5.4±1.4 mL/min/kg ↓ DR, edad.  
 V = 1.1±0.2 L/kg.  
 t1/2 = 3.2 ± 0.8 h ↑ DR edad.  
 TM = R: ~ 1 h.  
 CM = R: 10 ng/mL AT: 45 ng/mL.  
 EA: riesgo moderado de EA metabólicos, hiperprolactinemia.

### **Carbamazepina (15,31,32)**

IT: anticonvulsivante, estabilizador del ánimo, tratamiento del insomnio, dolor neuropático (DN).  
 MA: acción sobre los canales de Na+  
 VA: oral.  
 Dosis oral en adultos (24 horas) 200-400 mg (frecuente) 100-1200 mg (extrema).  
 F = oral 78±24 h.  
 Excreción urinaria 3%.  
 UPP = 74 ± 6 %.  
 CL = 0.73±0.3 mL/min/kg.  
 V = 1.1±0.3 L/kg.  
 t1/2 = 20±9 h.

TM =  
 CM = 11.2-11.7 (2-18) µg/mL.  
 EA: hiponatremia, leucopenia

### **Lamotrigina (15,33,34)**

IT: anticonvulsivante, estabilizador del ánimo, insomnio.  
 MA: bloqueo de los canales de Ca2+  
 VA: oral.  
 Dosis oral en adultos (24 horas) 50-100 mg (frecuente) 25-400 mg (extrema). F oral = 97.6±4.8%.  
 Excreción urinaria = 10%.  
 UPP = 56%.  
 CL = 0.38-0.61 mL/min/kg DH, DR.  
 V = 0.87-1.2 L/kg.  
 t1/2 = 24-35h ↑ DH, DR.  
 TM = 2.2 ± 1.2.  
 CM = 25±0.4 µg/mL.  
 EA: síndrome de Stevens Johnson (riesgo mínimo con titulación frecuente).

### **Ácido Valproico (15,35-37)**

IT: anticonvulsivante, profilaxis de la migraña, estabilizador del ánimo, insomnio.  
 MA: bloqueo de los canales de Ca2+  
 VA: oral.  
 Dosis oral en adultos (24 horas) 250-1500 mg-125-2500 mg.  
 F oral = 100±10 h.  
 Excreción urinaria = 1.8 ± 2.4%.  
 UPP = 93±1 ↓ DR, DH, emb, edad, neo.  
 CL = 0.11±0.02 mL/min/kg ↑ niños.  
 V = 0.22 ± 0.07 L/kg ↑ DH, NEO.  
 t1/2 = 14 ± 3 h ↑ DH, NEO ↓ Niño.  
 TM = 1-4 h.  
 CM = 34±8 µg/mL.  
 EA: aumento de peso, trombocitopenia, leucopenia, hiperamonemia, temblor, pérdida de pelo.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERSOMNOLENCIA DIURNA ¿Y DEL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO?

Se han desarrollado compuestos que se consideran alertantes, como efecto principal. Es el caso de la sulbutiamina, el modafinilo y el armodafinilo. La atomoxetina se desarrolló inicialmente para el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), con efectos moderados sobre el TDAH y con efecto, también, sobre la somnolencia diurna y en el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS).

### Sulbutiamina (15,38,39)

IT: alertante, tratamiento del SAOS.

VA: oral.

Dosis oral en adultos (24 horas) 100-200 mg (frecuente) 400 mg (extrema).

Excreción urinaria 2-3 h.

$t_{1/2}$  = 5 h.

TM = 1-2 h

EA: temblores, erupciones cutáneas, cefalea, agitación.

### Atomoxetina (15,38,39,44-47)

IT: tratamiento del TDAH, psicoestimulante, tratamiento del SAOS.

VA: oral.

Dosis oral en adultos (24 horas) 40-60 mg (frecuente) 80 mg (extrema).

F oral 63%

CL = 1-2 %.

UPP = 98.7±0.3 %.

CL = 6.2 mL/min/kg, ↓ DH.

V = 2.3 L/kg

$t_{1/2}$  = 5.3 h

TM = 2 h

CM = 160 ng/mL

EA: palpitaciones, midriasis, dolor abdominal, anorexia, somnolencia.

### Modafinilo/armodafinilo (38,39,44-55)

IT: neuroestimulante, alertante, tratamiento del SAOS.

VA: oral.

Dosis oral en adultos (24 horas) MOD: 100 mg (frecuente) 400 (extremas). ARM: 100 mg (frecuente) 300 (extrema).

Excreción urinaria (%) MOD: 3.7±15 ARM: <10.

UPP MOD: 60 %.

CL: ↓ DH, edad.

$t_{1/2}$  = MOD: 13.6±2.6 h, ARM: 13.0±2.6 h ↑ DH.

TM = MOD: 2.5±1.0 h ARM: 1.8 h.

CM = MOD: 4.6±0.7 µg/mL, ARM: 5.4 ± 1.6 µg/mL.

EA: MOD: cefalea, náuseas, depresión, nerviosismo.

## CONCLUSIONES

El tratamiento farmacológico de los trastornos del ciclo vigilia-sueño debe establecerse con un diagnóstico adecuado, utilizando estudios de apoyo diagnóstico como el RPSG o los cuestionarios de hábitos de sueño. La terapéutica debe iniciarse con la modificación de los hábitos de sueño y posteriormente evaluar el fármaco idóneo para el paciente. En los casos de insomnio, el fármaco de primera elección puede ser la melatonina, un producto natural que parece ser efectivo en el adulto mayor. En el adulto joven, los fármacos a elegir pueden ser los antidepresivos (mirtazapina), en particular si el paciente cursa con sintomatología depresiva leve a moderada. Pueden utilizarse también los inductores del sueño, como el zolpidem o las BZD, como



el estazolam o el triazolam, este último parece ser una opción terapéutica para el insomnio en el AM.

En los cuadros clínicos en los que el paciente presenta insomnio con cuadros de ansiedad o síntomas sugestivos de depresión mayor, pueden utilizarse los fármacos neurolepticos o antipsicóticos como la quetiapina, la olanzapina o la risperidona. En los trastornos bipolares se pueden utilizar los estabilizadores de ánimo, como la carbamazepina, los valproatos de magnesio y semisódico y la lamotrigina. En el tratamiento farmacológico de la hipersomnolencia diurna y el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), se han estudiado compuestos considerados como alertantes; es el caso de la sulbutiamina, el modafinilo y el armodafinilo. La atomoxetina se desarrolló inicialmen-

te para el TDAH, pero parece tener efecto sobre la somnolencia diurna y el SAOS. Es importante considerar que el tratamiento farmacológico no se debe mantener por tiempos prolongados, hay que identificar los factores etiológicos, tener claro que algunos de estos medicamentos pueden desarrollar tolerancia y dependencia psicológica o física y que los medicamentos no deben retirarse abruptamente.

Los autores declaran que no hay conflicto de interés.

#### FUENTES

1. España RA, Scammell TE. Sleep Neurobiology from a Clinical Perspective. *Sleep*. 2011; 34(7):845-858.

2. Leone MJ, Sigman M, Golombek DA. Effects of Lockdown on Human Sleep and Chronotype during the COVID-19 Pandemic. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cub.2020.07.015>
3. Hall JE (ed). Estados de actividad cerebral, sueño, ondas cerebrales, epilepsia, psicosis y demencia. En: Guyton & Hall. Tratado de Fisiología Médica. 13ª ed. España: Elsevier; 2016, 763-772.
4. Álvarez-Rueda *et al.* Electroencefalografía, mapeo cerebral y sueño. En Ramón de la Fuente Muñiz. 50 años de labor universitaria. Libro Homenaje. 2005, 333-341.
5. Berry RB, Albertario CL, Harding SM *et al.* The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events: Rules, Terminology and Technical Specifications. Version 2.5. Darien, IL. American Academy of Sleep Medicine. 2018, 64.
6. Álvarez Rueda *et al.* Hábitos y características de sueño en un grupo de estudiantes universitarios. *Psiquiatría*. 1996; 12(3): 61-65.
7. Álvarez-Rueda *et al.* Análisis factorial de un cuestionario de hábitos de sueño. *Salud Mental*. 1996; 19(1): 6-13.
8. Mander BA, Winer JR & Walker MP. Sleep and Human Aging. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuron.2017.02.004>
9. Ohayon M, Wickwire EM, Hirshkowitz M *et al.* National Sleep Foundation's Sleep Quality Recommendations: First Report. *Sleep Health*. 2017; 3(1): 6-19.
10. International classification of sleep disorders. Third edition. Darien IL. American Academy of Sleep Medicine. 2014, 383.
11. Sateia Michael J. International Classification of Sleep Disorders-Third Edition. Highlights and Modifications. *CHEST*. 2014; 146(5): 1387-1394.
12. Diagnóstico y tratamiento del insomnio crónico en adultos en los tres niveles de atención médica. Secretaría de Salud. 2012. [www.cenotec.salud.gob.mx](http://www.cenotec.salud.gob.mx)
13. Almeneessier Aljohara S, Gupta Ravi, Perumal Pandi Seithikurippu R, BaHamam Ahmed S. Overview of Sleep Disorders. Academic Press. 2019; 1:103-122.
14. Stein MA, Weiss M, Hlavaty L. ADHD Treatments, Sleep, and Sleep Problems: Complex Associations. *Neurotherapeutics*. 2012; 9: 509-517.
15. Mihic SJ, Mayfield J & Harris RA. Hypnotics and Sedatives. En: Goodman and Gilman's. The Pharmacological Basis of Therapeutics. 13ª ed. Laurence L Brunton, Randa Hilal-Dandan, Björn C Knollmann (eds.). McGraw Hill. 2018, 339-353.
16. Hughes RJ, Sack RL, Lewy AJ. The role of Melatonin and Circadian Phase in Age-related Sleep-maintenance Insomnia: Assessment in a Clinical Trial of Melatonin Replacement. *SLEEP*. 1998; 21: 52-68.
17. Liira J, Verbeek JH *et al.* Pharmacological interventions for sleepiness and sleep disturbances caused by shift work. *JAMA*. 2015; 3;313: 961-962..
18. Essa MM, Hamdan H *et al.* Possible Role of Tryptophan and Melatonin in COVID-19. *International Journal of Tryptophan Research*. 2020; 3: 1-2.
19. Schneider A, Kudriavtsev A & Vakhrusheva A. Can Melatonin Reduce the Severity of COVID-19 Pandemic? 2020. *International Reviews of Immunology*. 2020. <https://doi.org/10.1080/08830185.2020.1756284>.
20. Patat A *et al.* EEG profile of intravenous zolpidem in healthy volunteers. *Psychopharmacology (Berl)*. 1994; 114: 138-146.



21. Salva P *et al.* (). Clinical pharmacokinetics and pharmacodynamics of zolpidem. Therapeutic implications. *Clin Pharmacokinet.* 1995; 29: 142-153.
22. Greenblatt DJ *et al.* Comparative kinetics and dynamics of zaleplon, zolpidem, and placebo. *Clin Pharmacol Ther.* 1998; 64: 553-561.
23. Álvarez-Rueda JM, Gutiérrez Aguilar J, Rosales J, Díaz Martínez A & Lablanche BC. El efecto del zolpidem en los pacientes con insomnio de corta evolución. *Salud Mental.* 2001; 24(1): 33-42.
24. Cysneiros RM, Farkas D, Harmatz JS, Von Moltke LL & Greenblatt DJ. Pharmacokinetic and Pharmacodynamic Interactions Between Zolpidem and Caffeine. *Nature Publishing Group.* 2007; 82: 54-62.
25. Fawcett J *et al.* Review of the results from clinical studies on the efficacy, safety and tolerability of mirtazapine for the treatment of patients with major depression. *J Affect Disord.* 1998; 51: 267-285. PDR54; 2000, 2109.
26. Goren JL *et al.* Quetiapine, an atypical antipsychotic. *Pharmacotherapy.* 1998; 18: 1183-1194. PDR54, 2000, 563.
27. Kassahun K *et al.* Disposition and biotransformation of the antipsychotic agent olanzapine in humans. *Drug Metab Dispos.* 1997; 25:81-93. PDR54, 2000, 1649.
28. Callaghan JT *et al.* Olanzapine. Pharmacokinetic and pharmacodynamic profile. *Clin Pharmacokinet.* 1999; 37: 177-193.
29. Cohen LJ. Risperidone. *Pharmacotherapy.* 1994; 14: 253-265.
30. Heykants J *et al.* (). The pharmacokinetics of risperidone in humans: a summary. *J Clin Psychiatry.* 1994; 55(suppl): 13-17.
31. Garnett WR *et al.* Pharmacokinetic evaluation of twice-daily extended release carbamazepine and four-timedaily immediate-release CBZ in patients with epilepsy. *Epilepsia.* 1998; 39: 274-279.
32. Marino SE *et al.* Steady-state carbamazepine pharmacokinetics following oral and stable-labeled intravenous administration in epilepsy patients: effects of race and sex. *Clin Pharmacol Ther.* 2012; 91: 483-488.
33. Wootton R *et al.* Comparison of the pharmacokinetics of lamotrigine in patients with chronic renal failure and healthy volunteers. *Br J Clin Pharmacol.* 1997; 43: 23-27.
34. Chen C *et al.* Pharmacokinetics of lamotrigine in children in the absence of other anti-epileptic drugs. *Pharmacotherapy.* 1999; 19: 437-441.
35. Dean JC. Valproate. In: Wyllie E (ed.). *The Treatment of Epilepsy.* 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins. 1997, 824-832.
36. Pollack GM *et al.* Accumulation and washout kinetics of valproic acid and its active metabolites. *J Clin Pharmacol.* 1998; 26: 668-676.
37. Zaccara G *et al.* Clinical pharmacokinetics of valproic acid—1988. *Clin Pharmacokinet.* 1998; 15: 367-389.
38. Noriaki S, Sachiko Ch, Seiji N. Stimulants in Excessive Daytime Sleepiness. *Sleep Med Clin.* 2010; 5: 591-607.
39. Hedner J, Grote L, Zou D. Pharmacological treatment of sleep apnea: Current situation and future strategies. *Sleep Medicine Reviews,* 2008; 12: 33-47.
40. Bizot JCh, Herpin A. Chronic treatment with Sulbutiamine Improves Memory in an Object Recognition Task and Reduces Some Amnesic Effects of Dizocilpine in a Spatial Delayed-non-match-to-sample Task. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry.* 2005; 29: 928-935.

41. Ollat H, Laurent B, Bakchine S, Michel B-F, Touchon J, Dubois B. Effets de l'association de la Sulbutiamina á un inhibiteur de l'acétylcholinestérase dans les formes légères á modérées de la maladie d'Alzheimer. *L'Encephale*. 2007; 33: 211-215.
42. Kang KD, Abdul AS, Kim KA *et al.* Sulbutiamine Counteracts Trophic Factor Deprivation Induced Apoptotic Cell Death in Transformed Retinal Ganglion Cells. *Neurochem Res*. 2010; 35: 1828-1839.
43. Kwag J, Abdul AS, Kang KD. Evidence for Neuroprotective Effect of Sulbutiamine against Oxygen-Glucose Deprivation in Rat hippocampal CA1 Pyramidal Neurons. *Biol. Pharm. Bull.* 2011; 34: 1759-1764.
44. APPENDIX II. Design and Optimization of Dosage Regimens: Pharmacokinetic Data. En: Goodman and Gilman's. *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 12<sup>a</sup> ed. Lawrence L Brunton, Bruce A Chabner, Björn C Knollmann (eds.). McGraw Hill. 1996, 1891-1990.
45. Sauer JM *et al.* Disposition and metabolic fate of atomoxetine hydrochloride: the role of CYP2D6 in human disposition and metabolism. *Drug Metab Dispos*. 2003; 37: 98-107.
46. Simpson D *et al.* Atomoxetine: a review of its use in adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Drugs*. 2004; 64: 205-222.
47. Drug information. UpTo Date: ATOMOXETINE, 2014. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
48. Wong YN *et al.* Open-label, single-dose pharmacokinetics study of modafinil tablets and tolerability of modafinil tablets: Influence of age and gender in normal subjects. *J Clin Pharmacol*. 1999; 39: 30-40
49. Wong YN *et al.* A double-blind, placebo-controlled, ascending-dose evaluation of the pharmacokinetics and tolerability of modafinil tablets in healthy male volunteers. *J Clin Pharmacol*. 1999; 39: 30-40.
50. Czeisler CA, Walsh JK *et al.* Modafinil for Excessive Sleepiness Associated with Shift-Work sleep Disorder. *The New England Journal of Medicine*. 2005; 5: 476-489.
51. Minzenberg MJ & Carter CS. Modafinil: A Review of Neurochemical Actions and Effects on Cognition. *Neuropsychopharmacology*. 2008; 33: 1477-1502.
52. Volkow ND, Fowler JS *et al.* Effects of Modafinil on Dopamine and Dopamine Transporters in the MAle Human Brain: Clinical Implications. *JAMA*. 2009; 11: 1-14.
53. Kim Dongsoo. Practical Use and Risk of Modafinil, a Novel Waking Drug. *Environmental Health and Toxicology*. 2012; 27: 1-7.
54. Drug information. UpToDate: MODAFINIL. 2014. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
55. Drugs@FDA. Nuvigil label approved on 06/15/07. 2010. Available at: <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda/index.cfm>. Accessed. May 17, 2010.

# Resiliencia, rehabilitación y reincorporación del paciente adicto comórbido

Dr. Mario Souza y Machorro\*

---

\*Psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista. Pionero en México en Enseñanza de Adicciones y Patología Dual. Coordinador de Maestría en Psicoterapia de Adicciones. Colegio Internacional de Educación Superior. Fundador de la Sección Académica de Patología Dual. Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. Academia Nacional Mexicana de Bioética, A.C.

---

*El significado de la vida no difiere sólo de una persona a otra, tendremos un propósito vital diferente en cada etapa de nuestra existencia. Lo importante es que cada meta nos dé satisfacción y motivación para levantarnos por la mañana y luchar por lo que deseamos.*

VIKTOR FRANKL  
La vida en busca de sentido

## RESUMEN

El avance de la imagenología contemporánea que apoya el desarrollo de las neurociencias es el paradigma esperado de la patología mental recomendado por la OMS. Tal avance y la experiencia clínica refuerzan la visión conceptual-operativa que sustituye el enfoque tradicional del paciente con trastornos adictivos (alcohol, cannabis, cocaína, fentanilo, etc.) y trastornos mentales —que nunca

han sido excluyentes entre sí— con una visión nueva y más amplia orientada a un abordaje detallado, incondicional y eficiente.

La evidencia sobre la patología adictiva, a nivel molecular y celular de los sistemas corporales y su comportamiento, converge en la noción de «abducción de mecanismos neuronales vinculados al aprendizaje y la memoria», que en condiciones normales contribuyen a la supervivencia. Esta evidencia proporciona







un modelo explicativo de la resiliencia y la vulnerabilidad de las personas derivadas de patrones de respuestas cerebrales y de otros mecanismos nerviosos que median las respuestas de recompensa, miedo, condicionamiento o extinción del comportamiento y el comportamiento social adaptativo, como rasgos destacados de la personalidad, posiblemente asociados a la resistencia / vulnerabilidad frente a ciertos objetos-estímulo. Esta condición podría ser igualmente válida respecto de los efectos de la consideración etiológica-patogénica de los mecanismos implicados en el origen y mantenimiento de la psicopatología del paciente psiquiátrico.

**Palabras clave:** *Neurociencias, trastornos adictivos, abordaje clínico, resiliencia, personalidad, etiopatogenia, psicopatología.*

## ABSTRACT

The advancement of contemporary imaging that supports the development of neurosciences is the expected paradigm of mental pathology recommended by the WHO. Such advancement and clinical experience reinforce the conceptual-operational vision that replaces the traditional approach of the patient with addictive disorders (alcohol, cannabis, cocaine, fentanyl, etc.) and mental disorders—which have never been mutually exclusive—, with a new and broader vision oriented to a detailed, unconditional, and efficient approach. Evidence on addictive pathology, located at the molecular and cellular level of body systems and their behavior, converges on the notion of «abduction of neural mechanisms linked to learning and memory», which under normal conditions contribute to survival. This evidence now better studied, provides an explanatory model of *people's resilience* and vulnerability, derived from patterns of brain responses and

other nervous mechanisms that mediate reward, fear, conditioning or extinction responses of adaptive social behavior and behavior, as prominent traits of the personality, possibly associated with the resistance / vulnerability that derives from the vital circumstantiality, in front of certain objects-stimulus. This condition could be equally valid, with respect to the effects of the etiologic-pathogenic consideration, of the mechanisms involved in the origin and maintenance of the psychopathology of the psychiatric patient.

**Keywords:** *Neurosciences, Addictive disorders, clinical approach, resilience, personality, Etiopathogenesis, psychopathology.*

## INTRODUCCIÓN

La actual visión conceptual-operacional complementaria que reemplaza el abordaje tradicional del paciente portador de trastornos adictivos o de trastornos mentales —cual si fueran excluyentes entre sí— propone una nueva y más amplia visión destinada a un abordaje clínico detallado, simultáneo y eficiente (1). La vía común de las adicciones consiste en que las diferentes sustancias administradas en un individuo producen de manera directa o indirecta un aumento de los niveles de dopamina por encima de los normales. El proceso de adicción es mediado por una vía común relacionada con la dopamina y otros neuroreceptores, cuya mayor liberación en el área tegmental ventral, eleva sus niveles en el Sistema Nervioso Central (SNC) (2).

La dependencia a sustancias se define por la necesidad del individuo por la toma de alguna sustancia psicotrópica con alto nivel de abuso y dependencia, de tal manera que progresivamente esta va centralizando la vida del individuo, el cual acabará por

alterar su vida diaria a expensas del consumo de la misma u otras, a pesar de presentar efectos claramente perjudiciales. De modo semejante ocurre en los procesos descritos como conductas adictivas. Clínicamente se caracteriza por los siguientes signos y síntomas: dependencia, tolerancia, abuso, sensibilización y síndrome de abstinencia. Tal conjunto, relacionado con el funcionamiento de la dopamina a nivel molecular y celular de los sistemas corporales y su peculiar conducta, convergen en la noción de «raptó de los mecanismos neurales vinculados al aprendizaje y memoria», que en condiciones normales contribuyen a la supervivencia (3).

La evidencia documental contemporánea aporta un modelo explicativo para la resiliencia y la vulnerabilidad de las personas, que idealmente facilitará su reincorporación social, derivado de ciertas condiciones sociofamiliares e individuales y patrones de respuestas cerebrales, así como otros mecanismos nerviosos que median las respuestas de recompensa, miedo, condicionamiento o extinción de la conducta y el comportamiento social adaptativo, como rasgos importantes de la personalidad, los cuales se asocian a la resistencia o vulnerabilidad frente a ciertos objetos-estímulo (4,5).

A través de estudios de resonancia magnética funcional y pruebas de genética se ha corroborado que la dependencia, la forma más grave de trastorno por consumo de sustancias, es un trastorno cerebral crónico moldeado por factores biosociales con consecuencias devastadoras para los individuos y para la sociedad. La comprensión del trastorno adictivo ha avanzado significativamente en los últimos decenios, en parte debido a los grandes avances de la investigación genética, neurociencia y desarrollo de nuevas tecnologías para el análisis de los cambios moleculares en poblaciones neuro-

nales específicas en modelos animales experimentales, así como dispositivos de imágenes cerebrales para evaluar la función cerebral y la neuroquímica en humanos. Estos avances han explicado los procesos neurobiológicos a través de los cuales los factores biológicos y socioculturales, contribuyen a la resiliencia o vulnerabilidad al consumo de drogas y la dependencia (6).

La delineación de los neurocircuitos interrumpidos en el proceso adictivo, que incluye circuitos que median la recompensa y la motivación, el control ejecutivo y el procesamiento emocional, ha brindado una comprensión de los comportamientos aberrantes mostrados por los pacientes adictos comórbidos y ha proporcionado nuevos objetivos para el tratamiento. Las más prominentes para este efecto son las interrupciones de la capacidad de un individuo para priorizar comportamientos que resultan en un beneficio a largo plazo sobre aquellos que proporcionan recompensas a corto plazo y la creciente dificultad para ejercer control sobre sus comportamientos, incluso cuando se asocian con consecuencias catastróficas (7). Estos avances en la comprensión del desarrollo del cerebro y del papel de los genes y el entorno en la estructura y función cerebral han construido una base sobre la cual desarrollar herramientas más efectivas para prevenir y tratar el trastorno adictivo (8,9), lo cual podría ser igualmente válido a efecto de la consideración etiopatogénica sobre los mecanismos que puedan participar en el origen y el mantenimiento de la psicopatología del paciente psiquiátrico (10).

## RESILIENCIA DEL PACIENTE ADICTO COMÓRBIDO

El término *resiliencia* proviene del vocablo latín *resilio*, definido como la «capacidad humana universal para

resistir situaciones o adversidades altamente estresantes», por lo que se considera parte del proceso evolutivo del ser humano, en su favor (11). Existen dos términos involucrados en el fenómeno, emanados de la física, que presentan importantes diferencias: La *tenacidad*, por un lado (energía almacenada por unidad de volumen), otorga la susceptibilidad para deformar hasta romper un material; por el otro, la *resiliencia* (energía por unidad de volumen que puede ser absorbida dentro de la zona elástica del material de que se trate) no da lugar a deformación permanente ni a su ruptura (12).

La resiliencia representa el proceso de adaptación adecuada a la adversidad, al trauma, la tragedia, la amenaza o las fuentes de tensión significativas experimentadas en la vida, así como a problemas familiares, de relaciones personales, alteraciones graves de salud y diversas situaciones estresantes del trabajo o financieras, entre otras. Un individuo resiliente es aquel que sin dejar de experimentar dificultades, ansiedad, depresión, etc. —al momento o cierto tiempo después— frente a la adversidad, su dolor emocional, tristeza y demás reacciones —comunes en quienes han sufrido grandes y graves situaciones negativas o traumas en sus vidas—, experimentan un mejor manejo de la situación y consecuencias menos desfavorables que quienes no supieron, no pudieron o no dispusieron adecuadamente de experiencia y recursos biopsicosociales al efecto (12,13). El concepto de resiliencia por extensión —usado en sociología, antropología, psicología y otras ciencias que estudian al hombre— refiere también a las características de la gente que incluyen conductas, pensamientos y acciones, las cuales pueden ser aprendidas y apropiadas por cualquier persona, de ahí que una amplia gama de factores contribuye a desarrollarlas. Se ha documentado que uno de los factores más importantes de la resiliencia es vivir

relaciones amorosas y de apoyo que convergen en los conceptos de Bowlby respecto al apego seguro tenido en la infancia dentro y fuera de la familia (14,15).

La importancia de la Teoría del Apego, corroborada ampliamente en la clínica y en la literatura del tema, radica en las tendencias innatas que regulan la forma en que responde el ser humano ante las amenazas, el peligro y las pérdidas, relacionadas estrechamente con cómo se establecen los vínculos con las personas significativas, por lo que tal conducta se organiza a través de sistemas de control cerebral relacionados con funciones de protección y supervivencia (13,14), de tal suerte que los niños que desarrollan interacción positiva con su cuidador internalizan la sensación de seguridad que les permite expandir sus emociones.

Este Apego Seguro (cuando el cuidador demuestra cariño, protección, disponibilidad y atención a las señales del bebé) le permite desarrollar un concepto positivo de sí mismo y un sentimiento de confianza hacia sí y los demás. Más adelante, al interrelacionarse, tales personas tienden a ser más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias, y en lo intrapersonal, tienden a ser más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismas. A diferencia del Apego Ansioso (cuando el cuidador está física y emocionalmente disponible sólo en ciertas ocasiones, y hace al individuo más propenso a la ansiedad de separación y al temor de explorar el mundo), contribuye a que tales personas no asuman expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores, debido a la inconsistencia de las habilidades emocionales. En ellos, aparece la ambivalencia entre un fuerte deseo de intimidad y una sensación de inseguridad respecto de los demás. El Apego Evitativo (cuando el cuidador desatiende

constantemente las señales de necesidad de protección del niño esto se vive como rechazo, lo cual no le permite desarrollar de modo deseable el sentimiento de confianza requerido para la interacción humana) hace que tales personas se sientan inseguras hacia los demás y esperen ser nuevamente rechazadas, conforme a sus experiencias previas de abandono (13).

Se considera que las relaciones, de las que emanan amor y confianza, que simultáneamente proveen modelos a seguir, que ofrecen estímulos y seguridad, contribuyen a afirmar la resiliencia individual. Otros factores asociados son: a) la capacidad para hacer planes realistas y seguir los pasos necesarios para llevarlos a cabo; b) una visión positiva de sí mismo, y confianza en las fortalezas y habilidades propias; c) destrezas en la comunicación y en la solución de problemas, y d) la capacidad para manejar sentimientos e impulsos fuertes en términos de mejores técnicas de afrontamiento de los problemas. Todos ellos son factores que las personas pueden desarrollar por sí mismas o, en su caso, con ayuda especializada al efecto (12-14).

La resiliencia conlleva el mantenimiento de la flexibilidad y el balance en la vida en la medida en que deberán confrontarse necesariamente circunstancias difíciles y eventos traumáticos. Por esto es importante mencionar, para efectos de esta comunicación, que ésta puede alcanzarse, por quien no la adquirió en forma natural, de diferentes maneras, utilizando algunas pautas metodológicas empleadas en la psicoterapia que busca reconstruir la personalidad: a) permitirse experimentar emociones fuertes y reconocer cuándo deben evitarse para poder seguir funcionando; b) ser propositivo y buscar salir adelante con optimismo; c) tomar acciones para atender los problemas y enfrentar las demandas de la vida cotidiana; d) en ocasiones, retroceder puede

resultar benéfico para los fines de una reorganización y planeación del nuevo enfrentamiento de la problemática en cuestión, ahora con nueva energía; e) pasar tiempo de calidad con los seres queridos en espera de compartir las preocupaciones y recibir, quizá, apoyo, aliciente y cuidado que lleven a confiar en los demás y en uno mismo (13).

Dado que la resistencia frente a la destrucción permite que se desarrolle la capacidad de proteger la integridad bajo condiciones vulnerantes de tensión, sin importar su origen, se aprecia la resiliencia también como la «capacidad de construir una conducta vital positiva y socialmente aceptada, pese a las circunstancias difíciles», logro derivado de la combinación de factores protectores que permiten a un individuo «afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida». De igual modo, fue visualizado y extendido a la dinámica grupal, descrita como: «La capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves» (14,15).

Desde la antigüedad, el término se considera resultado de la interacción del individuo con el medio, su familia y sus condiciones de vida, considerando la vulnerabilidad el punto de partida para el surgimiento de la resiliencia, que no es absoluta, total o permanente, sino dinámica y evolutiva, ya que la respuesta depende del tipo, frecuencia e intensidad del trauma y su interpretación, según las circunstancias, contexto cultural del trauma y etapa de vida en que incida en la subjetividad individual (16). Tal condición deviene de la interacción entre los factores protectores y los factores de riesgo, según sean las características personales y su contexto socio-cultural (15,17).



La vulnerabilidad a la enfermedad u otras alteraciones que actúan sobre la economía corporal, se asocia con los recursos psicológicos disponibles y con capacidad de activación en situaciones estresantes, como las sensibilidades y debilidades reales, constantes, inmediatas o diferidas (18,19). La condición de invulnerabilidad se toma como: «La fuerza, capacidad de resistencia al estrés, presiones y situaciones potencialmente traumáticas». Pero siempre existirá un riesgo, referido al resultado incierto y variable frente al enfrentamiento del individuo con un estrés interno o ambiental. Se trata de un fenómeno perceptible en el que, en cierto nivel de estrés, puede dar como resultado conductas desadaptativas de manera inmediata (20,21).

En los años setenta se utilizó el término «invulnerable» como sinónimo de resistencia, refiriéndose a la constitución robusta de un sujeto. Pero en diversas investigaciones se observó que ciertos grupos infantojuveniles logran sobreponerse a situaciones adversas sin sufrir secuelas psicosociales graves y, por tanto, se refirieron ellos con ese adjetivo. No obstante, la resistencia al estrés siempre es relativa y variable, acorde con la etapa del desarrollo y las fortalezas psicofísicas que ello incluye, así como a la calidad de los estímulos por enfrentar (20,21). Los elementos identificados en distintos estudios contemporáneos, respecto al «equipamiento biológico» de los individuos para hacer frente a eventos altamente estresantes, creó el concepto de «empoderamiento», el cual se ha





relacionado casi siempre con los factores derivados de la protección materno-infantil inicial y su efecto a lo largo de la vida. No obstante, cabe enfatizar que, dado que la resiliencia nunca es absoluta, total y permanente, debe ser asumida como resultado de procesos vitales evolutivos en los que la trascendencia de un trauma, por sus características, puede superar los recursos del individuo hasta abatirlo. Esta condición tiende a variar de acuerdo con las circunstancias, la naturaleza, el contexto y madurez emocional del individuo, que tiende a expresarse de diversos modos entre las distintas culturas, modificadas por los rasgos individuales y grupales (22).

Se ha documentado un grupo de características relacionadas con la resiliencia: a) iniciativa, capacidad de enfrentarse a los problemas y ejercer un adecuado autocontrol; b) humor, capacidad de reírse de uno mismo, de encontrar en la adversidad lo cómico y risible; c) creatividad, actividad que parte del caos y el desorden y logra dar orden y finalidad a los actos; d) moralidad, capacidad de conciencia moral que permite el discernimiento entre lo bueno y lo malo socialmente aceptado; e) introspección e independencia, establecimiento de los límites con uno mismo y el medio circundante, con un distanciamiento emocional y físico adecuados, sin llegar al aislamiento; f) capacidad para relacionarse con otros, habilidad social para interrelacionarse de manera íntima y satisfactoria por la necesidad de simpatía y aptitud de brindarse a los demás.

Algunas investigaciones han señalado factores de protección complementarios asociados a la resiliencia que suelen ser interpretados en la misma línea deseable de desarrollo natural y adquirido: a) desarrollo favorable de la autoestima, b) sociabilidad alcanzada, c) sentido del humor, d) disposición de un proyecto de vida, y e) participación en la vida

de las personas de las redes de apoyo comunitarias (21,23). Se han descrito también factores de riesgo que, conocidos por su impacto psicofísico, se relacionan con la vulnerabilidad-tenacidad: a) trastornos adictivos en los padres; b) separación o ruptura conyugal de los padres; c) muerte de uno o ambos padres; d) presencia de conflictos familiares; e) existencia de violencia familiar; f) antecedentes de abuso físico o sexual; g) pobreza y circunstancialidad restrictiva; h) enfermedades graves o crónicas, e i) catástrofes, ya sea naturales o de guerra, entre otros (21).

La existencia de ciertos rasgos familiares y sociales que actúan modulando en el fenómeno resiliente, paradójicamente, sirven de apoyo al manejo profesional de los trastornos agudos, postraumáticos, adictivos o mentales comórbidos de diversa índole, como cuando la familia decide participar en un tratamiento o en las maniobras de rehabilitación y reincorporación social de alguno de sus miembros: a) temperamento favorable de los padres; b) cohesión afectiva de la familia; c) apoyo cualitativo constante a los hijos; d) presencia útil de estructuras de contención externa al núcleo familiar —profesores, iglesia, padre/madre sustitutos, instituciones de apoyo, etc.—, y e) relación de pares positiva (25).

La resiliencia, y su alcance individual y colectivo, deriva de una acción activa, productiva y constante (26,27), y requiere: a) construir relaciones familiares favorables y cercanas, amistades y otras personas importantes en la vida, de las que se puede aceptar y ofrecer apoyo, así como de aquellas personas que participan en grupos de la comunidad desde sus distintos enfoques, fines y propósitos positivos de beneficio mutuo; b) evitar la consideración negativa de las cosas, por una visión predispuesta e insuperable de la adversidad.

Aunque nadie puede evitar que ocurran los eventos que producen gran carga de tensión psicofísica y social, se puede cambiar la manera de observarlos e interpretarlos, en especial la forma de reaccionar ante ellos; c) aceptar que el cambio es parte de la vida, es fundamental para la visión requerida de disposición, adaptación y manejo de los cambios, en particular cuando éstos son necesarios; d) aceptar las circunstancias que no pueden alterarse y enfocar las circunstancias que la hacen factible de modificar; e) movilizar efectivamente las acciones en pro de las metas deseables propuestas; f) realizar acciones efectivas y omitir la consideración iterativa de los obstáculos y sus tensiones consecuentes; g) buscar nuevas oportunidades para el autodescubrimiento, mejorando la autoestima y desarrollando una mejor apreciación de la vida; h) cultivar la visión positiva de sí mismo a través del desarrollo de la confianza enfocada a la capacidad para abordar y resolver problemas, a partir de la confianza en los propios recursos; i) fomentar una visión objetiva y clara de la realidad que impera y de su perspectiva al futuro; j) mantener la esperanza de solución de los problemas, permite visualizar lo que se quiere, antes que incrementar la preocupación respecto de lo que se teme; k) cuidar de sí mismo favorece la satisfacción efectiva de las necesidades, propicia el interés en las actividades y facilita el arribo a situaciones positivas, lo cual requiere de un estilo personal para establecer relaciones y restaurar la autoconfianza (28,29).

Entre el estado de salud y la capacidad resiliente como fenómeno social deseable —motivado por características individuales y grupales—, la prevención de los trastornos y la reincorporación social del paciente adicto comórbido, media en forma indispensable el tratamiento oportuno y adecuado (10,30-32). Para que éste tenga lugar y resulte efec-

tivo, deben vencerse distintos obstáculos y limitaciones para acceder a la institución de salud, cuyas múltiples dificultades plantean una seria amenaza contra el otorgamiento de la asistencia profesional (33), tanto por parte de los solicitantes, por sus características, como por las propias de las instituciones que lo conceden (34,35). Ello incluye, por sólo mencionar unos cuantos elementos limitantes, los requerimientos clínicos y la sistematización del conocimiento necesarios, aplicados al estado de salud presente y pasado del usuario, a través de la aplicación correcta de métodos propedéuticos y nosológicos de normatización sistematizada, el indispensable registro del historial clínico, los antecedentes importantes ligados al caso, los diagnósticos presuncional y definitivo, y su manejo conveniente suministrado de acuerdo con la experiencia y la documentación actual disponible, que no todas las instituciones de salud de país llevan a cabo de la misma manera (36-38).

El concepto de reincorporación social implica todo un proceso y el grado de la rehabilitación alcanzada obliga a evaluar la aplicación de un manejo programado, el cual inicia previamente con estrategias de sensibilización e información a la comunidad, así como de estrategias de detección oportuna de los casos. En dicho proceso deben incluirse, al menos: a) una completa valoración diagnóstica conjunta de la problemática adictiva y psiquiátrica de cada paciente; b) la elaboración de planes de atención con objetivos establecidos por la jerarquía de las necesidades de salud de los usuarios, y c) todo ello dentro del marco contextual de una estructura y duración definidas contenidas en el programa realizado (39,40). Los programas que prescindan de tales características —como los múltiples planes y «programas» de asociaciones, grupos y organizaciones no profesionales que operan en nuestro país, con el

aval discrecional del Estado— no pueden considerarse útiles para una adecuada rehabilitación a largo plazo y la reincorporación social de los afectados, en tanto no muestren eficacia documental de sus resultados, dado que a menudo incumplen los requerimientos clínicos de los pacientes con diagnóstico concurrente adictivo y mental (41).

La coexistencia de trastornos adictivos con trastornos mentales observada desde hace cuatro decenios en la práctica de la especialidad, es de al menos del 20% al 50% en los pacientes mentales en general, y en las unidades especializadas en adicciones de entre 50% y 75%. Otros datos epidemiológicos sugieren que 60% de los pacientes psiquiátricos muestran comorbilidad por trastornos adictivos en comparación con el 6% en población general, los cuales impactan, incluso, al ámbito de la educación médica de la especialidad (42-45), donde existe deficiencia en la preparación formal, reflejada, entre otras cosas, en el trastorno adictivo comórbido que a menudo permanece sin diagnosticar(46-48).

La gama de servicios ofrecidos a la comunidad por las organizaciones e instituciones debe garantizar un adecuado funcionamiento de sus unidades a través de sus recursos humanos, con actividades de calidad supervisadas por la autoridad sanitaria respectiva. La intervención terapéutica supone la comprensión y conocimiento de la concurrencia de los trastornos adictivos y mentales —que pueden ubicarse entre el 30% y el 90% de los casos, según se trate de uno u otros tipos de trastornos y su combinación—, lo cual requiere de la realización de las siguientes actividades: a) evaluación, delimitación e inicio del problema; b) formulación y control de las hipótesis; c) selección de objetivos; d) especificación de las variables participantes; e) tratamiento programático (de acuerdo con la disponibilidad real



de las unidades al efecto); f) evaluación del proceso y de sus resultados; g) seguimiento de los resultados alcanzados y modificación, en su caso. Para esto, se considera fundamental ubicar, definir y evaluar el estadio motivacional en que se encuentra cada paciente, para dirigirlo hacia una etapa de cambio que le ayude a la toma de decisiones y la reincorporación, en su caso, a un tratamiento adecuado (49-52). Para cumplir dichos planteamientos se recomienda desarrollar: a) programas de capacitación, actualización y supervisión clínica continua para el personal; b) actividades de investigación epidemiológica, clínica y sociomédica; c) difusión sistemática de los resultados de los tratamientos brindados, que retroalimenten los programas vigentes o de así requerirse, su pertinente modificación (55). Los resultados y consecuencias obtenidas de tal manejo de ambos tipos de trastornos comórbidos, será la posibilidad de una mejor canalización a la restauración propositiva de la condición mórbida referida. Una vez allanados los impedimentos aludidos, se podrá, inicialmente, restituir el daño y sus consecuencias hasta donde las posibilidades individuales e institucionales lo permitan, para que las maniobras de rehabilitación intenten alcanzar la funcionalidad requerida para el caso, al servicio de una adecuada reincorporación social final o, en su defecto, en aquellos pacientes nunca insertos, su inclusión productiva en la comunidad (29,53).

La trascendencia del manejo psicofarmacológico invariablemente debe relacionarse con la evaluación global y el diagnóstico del caso, como parte del plan terapéutico. La circunstancialidad dada por la comorbilidad requiere que en el tratamiento coexistan los planos biológico, psicológico y social, identificando la necesidad de intervenir bajo una perspectiva multidisciplinaria, complementaria y sinérgica. La psicoterapia realizada mediante la uti-

lización de procedimientos y técnicas adecuadas a los distintos tipos de problemas adictivos y psiquiátricos, y sus consecuencias, es una herramienta útil e indispensable (29,53,54,55). Es conveniente dedicar el tiempo necesario para motivar al paciente adicto comórbido para que reciba tratamiento, en vez de imponer una intervención terapéutica, cualquiera que sea. Si se parte del reconocimiento de la escasez de recursos y la diversidad de marcos teórico-prácticos que sustentan la puesta en marcha de diversas alternativas «terapéutico-rehabilitatorias», es indispensable, no sólo pertinente, establecer un frente común nacional para coordinar esfuerzos y obtener los mejores resultados a largo plazo (54,55).

### **REHABILITACIÓN DEL PACIENTE ADICTO COMÓRBIDO**

Es la cúspide de todo el manejo brindado a los pacientes por sus trastornos, sin ella se pierde el esfuerzo y logros alcanzados. Para entender y desarrollar debidamente la rehabilitación, es necesario considerar a la persona en su contexto ambiental (53,55). La conducta humana resulta de las interacciones entre sus capacidades, su personalidad y su entorno, es la integración concreta la dialéctica hombre-medio. Ésta permite comprender a la persona dentro de su entorno, influye y determina en lo familiar, comunitario, laboral y ecológico (32-34). La rehabilitación incorpora elementos esenciales para construir una concepción integral: a) las necesidades específicas de la persona, los perfiles de la incapacidad y la capacidad; b) las exigencias que establece el entorno del individuo; c) la prestación de apoyos específicos; d) el tratamiento y la rehabilitación del paciente adicto comórbido debe basarse en una concepción multidimensional que integra los diferentes factores desencadenantes y consecuentes, de manera que conformen un sistema integrado de

respuestas terapéuticas correspondientes (29,53,54), si bien es difícil trazar una línea divisoria definida entre tratamiento y rehabilitación y entre la rehabilitación y la reincorporación social de los pacientes adictos comórbidos. El tratamiento, por ejemplo, aglutina las maniobras que tienden a corregir las manifestaciones sindromáticas de la patología. La rehabilitación intenta devolver al paciente a sus originales papeles funcionales afectivos y sociales, de modo que los procedimientos requieren cursar la superación evolutiva de varias fases.

La necesidad de rehabilitación supone que prevalece alguna disfunción personal o social, que preexiste a la de los trastornos concomitantes y que se mantiene durante el tratamiento de éstos, o incluso después de lograr cierta estabilidad funcional operativa o control saludable (29,53,55). Así, las competencias individuales que se activan para la restitución de la afectación son vistas como el conjunto de intervenciones tendientes a disminuir o suprimir, a la vez, la discapacidad y la minusvalía psicofísica. Desde hace varias décadas, los países interesados en el problema diseñaron programas *ad hoc* para que los pacientes con alteraciones mentales, solas o comórbidas, desarrollen sus capacidades, a efecto de desenvolverse lo mejor posible en su entorno. Tal es el caso de los trastornos adictivos y los mentales, y aquellos otros que presentan limitaciones físicas graves, psíquicas o ambas, de diversos tipos y de manera más especial, hacia los que derivan de conocidas alteraciones psiquiátricas (54-56).

La acción de rehabilitar tiene como propósito ayudar a las personas a desarrollar las habilidades emocionales, sociales e intelectuales necesarias para poder vivir, aprender y trabajar en la comunidad, con la menor cantidad posible de apoyo por parte de los profesionales de las distintas áreas. Para ello, se







recurre a ciertas estrategias: a) que el paciente desarrolle las habilidades necesarias para su interacción en un entorno estresante; b) adquirir y desarrollar los recursos ambientales necesarios para reducir los potenciales factores estresantes que impactan a los seres humanos y a los pacientes en mayor cuantía. Aunque la rehabilitación en este campo de los trastornos adictivos y mentales, en general, no rechaza la existencia del impacto causado por la enfermedad (mental) adictiva y su comorbilidad, lo cierto es que las prácticas de rehabilitación han ido modificando muy lentamente la percepción comunitaria de este tipo de trastornos. Por fortuna, la capacitación de tales pacientes cambió de un modelo centrado en la enfermedad, hacia un modelo centrado en la discapacidad funcional (55,56).

Está documentado que más del 50% de las personas con trastornos mentales graves con comorbilidad muestran patrones complejos de síntomas difíciles de categorizar y antecedentes de intento de suicidio (21,30,32). Por tanto, el personal de salud debe tener en cuenta: a) las circunstancias vitales reales a las que posiblemente se enfrentará en su vida cotidiana la persona afectada; b) ayudar a los pacientes a identificar sus objetivos personales; c) definir los costos y beneficios personales asociados a las necesidades previamente identificadas; d) evaluar la disposición del individuo al cambio y el reconocimiento de la Etapa de Cambio en la que se encuentra para facilitar su participación, y e) centrar la planificación de la rehabilitación en las áreas más fuertes del paciente y el estigma que los afecta (57,58). Los objetivos son: a) restablecer la esperanza en los que sufren una alteración significativa en su autoestima a consecuencia de su enfermedad y comorbilidad, sus complicaciones y concomitancias; b) respetar y proteger sus derechos; c) incrementar los esfuerzos realizados para ser dirigidos a la autodetermi-

nación y su responsabilidad, respecto del proceso terapéutico-rehabilitatorio; d) incorporar estos valores al concepto de *re-superación*, donde la Alianza Terapéutica juega un papel decisivo para conseguir que el paciente participe en la planificación de su asistencia; e) favorecer la recuperación de las enfermedades crónicas, dirigida a una mayor satisfacción vital y a la potenciación de la capacidad para superar los factores estresantes vitales (59-61). De este modo, si se suman los objetivos planteados, la rehabilitación en esencia deviene en un ejercicio de construcción de redes sociales.

Cabe señalar que la perspectiva acerca de que la enfermedad adictiva y mental, sus manifestaciones clínicas, comportamiento y adherencia terapéutica, etc., de los pacientes comórbidos, son resultado sólo del proceso patológico *per se*, es parcial e incorrecta. Numerosos estudios han evaluado las actitudes de estigmatización contra las personas con trastornos mentales y adictivos y, en los últimos decenios, se ha incrementado el interés científico por la perspectiva de los individuos estigmatizados. Se han documentado, por ejemplo, las consecuencias negativas del estigma y la estigmatización percibida. Entre ellas, destacan la desmoralización, la disminución de la calidad de vida, la falta de trabajo y la reducción de las redes sociales (21,30,62).

Un sistema nacional de tratamiento para los trastornos adictivos y mentales comórbidos se hace imprescindible en el país, a efecto de contener este grave y creciente problema, que representa al menos un tercio de todos los casos atendidos en urgencias, los cuales se suman a las varias decenas de miles de consultas (ambulatorias, hospitalarias y residenciales) por año, otorgadas por distintas organizaciones e instituciones del país. No obstante, la eficacia disponible de la terapéutica actual y los diferentes tipos

de programas no recurren a la misma metodología, y su varianza máxima, tratándose de enfoques, contenidos y efectividad, aún no consideran de rutina las características individuales de cada paciente, como ha sido señalado en la literatura desde hace mucho tiempo por la recomendación de la OMS (27,32,63). La reducida eficacia de ciertos abordajes requiere mejor selección metodológica y de la evaluación de la indicación correspondiente, para emplear así, bajo evaluación supervisada, los más adecuados métodos y procedimientos clínicos para cada problema. La comorbilidad de los trastornos adictivos incluye una amplia gama nosológica de alteraciones mentales, la cual se incrementa más aún al unirse a las modalidades y variantes propiciadas por la patología adictiva y estigma correspondiente (64-67).

En consecuencia, la evolución favorable de los pacientes adictos comórbidos en el postratamiento depende de distintos factores de significación personal, que influyen en su adherencia al tratamiento e involucran la motivación y el desempeño en las actividades programadas, lo cual produce y mantiene una documentada mejoría en la rehabilitación y reincorporación social. En la práctica, existen distintas dificultades para la rehabilitación. De hecho, la necesidad de practicar la rehabilitación a los pacientes comórbidos supone la prevalencia de alguna disfunción personal o social que preexiste al trastorno adictivo que ha de reducirse, pues se mantiene durante el curso del tratamiento o incluso después de lograr estabilización de su condición y, en su caso, abstinencia (32). Tal situación de disfunción, anomalía o pérdida, que caracteriza a esta modalidad de compleja patología, se encuadra frecuentemente mediante los conceptos teóricos de *discapacidad* y *minusvalía* mencionados líneas arriba. Dicha condición, conceptualmente hablando, se

extiende habitualmente y se adhiere a las metas de la reincorporación social (68,69).

El diseño de las estrategias de abordaje en rehabilitación debe articular los ámbitos individual e interpersonal de los pacientes en su contexto social. Es decir, debe tender a integrar ambos procesos, el de la rehabilitación y otro activo y complementario de continuidad —aunque pueda considerarse implícito—, de reincorporación social (70,71). Con tal conjunción, se llega a la comprensión de un concepto más completo de la rehabilitación, cuya meta es: «Reducir o suprimir la discapacidad de los pacientes adictos comórbidos mediante el desarrollo de nuevas capacidades y reforzamiento de las capacidades disminuidas, poco desarrolladas o conservadas, que les permitan estructurar un sistema de vida autosuficiente y satisfactorio con control estable de su patología y sin consumo de sustancias». La rehabilitación deviene, así, en un proceso activo y amplio donde el paciente abandona su papel pasivo de enfermo y asume —en el mejor de los casos— su responsabilidad hasta donde sea factible en el esfuerzo colectivo para el mejoramiento y superación de su persona. Las áreas biológicas, psicológicas y sociales y sus capacidades no mermaidadas o no desarrolladas aún, se pueden enfocar, a partir de una evaluación, a determinar las discapacidades y su impacto, o bien la influencia en las otras, y de esa manera estructurar una vía factible e individualizada para la rehabilitación. Se deberá elaborar, por tanto, junto con el paciente, una estructura-compromiso propositiva y realista, con objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo, lo más objetivo y sencillo posible. Cuanto más activa sea la participación del paciente y más profundo el entendimiento de su problemática y los beneficios que obtendrá con la rehabilitación mayor será la posibilidad de progreso.

La experiencia documentada señala que, de no considerarse la aportación concreta de la comunidad en la rehabilitación, ésta no se concretará. Se deberán investigar los vínculos factibles de apoyo (redes sociales) que ha establecido el paciente en su contexto ambiental, al igual que los recursos materiales y medios útiles en el desarrollo de los programas de rehabilitación, la cual, para ser real y exitosa, requiere de la conjunción operacional de los procesos individual y comunitario, pues su integración es capital para el programa activo, el cual debe ser gradual y claro sobre las necesidades y posibilidades de cada persona (72-75).

### REINCORPORACIÓN SOCIAL DEL PACIENTE ADICTO COMÓRBIDO

La meta es el logro activo y permanente de sus papeles y entorno comunitario, a través de la participación social, que le permita a los afectados contar con un ambiente favorable, a fin de que pueda usar sus «nuevas» capacidades y recursos personales, y lo lleven a asumir sus responsabilidades y enfrentar las situaciones de su vida cotidiana. Por tanto, son trascendentes los elementos representados por los grupos, redes, asociaciones y las organizaciones que puedan coadyuvar al logro de los objetivos últimos de la rehabilitación (71,72). Las acciones son todas aquellas actividades que llevan al ejercicio; las funciones «normales» que ofrecen elementos para un contacto activo con la realidad y las que conducen al paciente a plantear y practicar una vida cotidiana sin consumo de drogas y habiendo controlado o al menos modificado la sintomatología mental. El papel que juegue este trabajo será parte decisiva de la rehabilitación integral, en tanto es indispensable para la mejora y mantenimiento de la autoestima y la confianza de los pacientes adictos comórbidos, y además se torna parte esencial de sus aspiraciones,



para reemplazar una vida afectada y de pronóstico sombrío por una actividad productiva fuera de los riesgos implicados en el consumo de psicotrópicos. Ello incluye dirigir y estimular al paciente a la conquista de una nueva capacidad productiva (76-79).

Dada que los problemas de las personas no son sólo individuales o internos, las soluciones residen en los sistemas interpersonales que los involucran entre sí; las redes sociales no son sino la descripción de ciertas interacciones que establecen un determinado número de personas. La congruencia entre cualquier ser vivo y su medio se denomina *adaptación*. Ello requiere que el ecosistema conserve su congruencia, mantenga su adaptación, organización y existencia. Como la construcción de intercambio e interacción (red) que establecen los seres vivos se constituye en el medio y, por ende, su realización como ser vivo, los problemas de las personas no pueden ser vistos sólo como individuales o internos. Por otra parte, no se descarta la existencia de una problemática inconsciente pendiente de resolver, es decir intrapsíquica, que deberá abordarse en algún momento y en forma paralela cuando se den las condiciones para ello. En algunos casos, puede ocurrir como parte del manejo —psicofarmacológico y psicoterapéutico— de sus trastornos de base. En otros, determinadas personas no alcanzan a cubrir los requerimientos —conciencia de enfermedad, interés, voluntad de cambio, capacidad para pensar en términos psicológicos, reflexión y autoscopia (*insight*), etc.— para el análisis psicológico requerido, por lo que deberán dejarse de lado tras una adecuada evaluación en ese sentido.

De hecho, la rehabilitación, por sus especiales características reconstructivas, forma parte de consideraciones acerca del deseo, capacidad y poder de las personas para sobreponerse a la enfermedad y







sus consecuencias, por lo que sus procedimientos podrían facilitar el tránsito por el análisis de los conflictos tenidos y los problemas producidos y actuales, para el mejoramiento de su condición vital. Esto puede utilizarse en algunos pacientes para el autodescubrimiento de sus potencialidades psíquicas y su autoactualización, así como para un posible cambio actitudinal y conductual al respecto. Al efecto, es necesario destacar que la rehabilitación no se aplica sólo a los minusválidos físicos, sino que tal concepto se extiende a todos los pacientes que requieren sobreponerse y superar sus fallas, deficiencias o secuelas de cualquier índole. Por eso, aunque las soluciones residen básicamente en los sistemas interpersonales que los vinculan entre sí, no eximen ni limitan la tarea de indagación de sí y consigo con el apoyo de un profesional. Las redes sociales, descripción de ciertas interacciones que establece un determinado número de personas, se refiere a un grupo en términos de un ente dinámico en constante evolución con el tiempo y las circunstancias en que se encuentre en un momento dado, según sea que se modifiquen sus características y funciones (80,81,89).

La reincorporación social, también llamada *reintegración*, *reinserción* o inserción inicial en su caso, se espera que sea activa y permanente en sus papeles y ambiente comunitario —con el apoyo de la participación de la comunidad—, para que le permita contar al individuo con un entorno favorable para el uso de sus «nuevas» capacidades y recursos individuales que lo lleven a asumir responsabilidades y enfrentar las situaciones de su vida cotidiana, por ejemplo, en el caso de quienes han delinquido (82,83). Para ese efecto, se debe contar con los distintos elementos participantes de los diferentes grupos y organizaciones, enfocados al mismo propósito, de ahí que se hayan planeado acciones es-

pecíficas a través de varias actividades: a) ejercicio de las funciones «normales» que ofrecen elementos para un contacto activo con la realidad; b) actividades que conduzcan al paciente a plantear y practicar una vida cotidiana con apego al tratamiento de los trastornos adictivos y mentales; c) el trabajo, indispensable para la autoestima y la confianza en sí mismas de las personas, forma parte esencial de las aspiraciones para reemplazar la patología por una vida social y productiva; d) el fortalecimiento de la capacidad adaptativa, incluye dirigir y estimular al paciente a la conquista de una nueva condición productiva (84,85). Con esta visión de proceso activo, se persuade al paciente a abandonar su papel pasivo de enfermo y asumir su responsabilidad en el esfuerzo colectivo para el mejoramiento y superación de su persona.

Las áreas (biológicas, psicológicas y sociales) y sus capacidades se pueden enfocar a partir de una evaluación, a fin de determinar las discapacidades y su impacto o influencia en las otras, y de esa manera estructurar el programa respectivo. Se deberá elaborar, en conjunto con el paciente, una estructura con objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo, lo más objetiva y realista posible. Cuanto más activa sea la participación del paciente y más profunda su comprensión del problema y los beneficios a obtener, será mayor la posibilidad de progreso. Si no se considera la aportación concreta de la comunidad en el proceso, éste puede restringirse hasta el punto de poder concretarse. Se deben investigar, asimismo, los vínculos establecidos por el paciente en su contexto ambiental (redes sociales), así como los recursos materiales y medios útiles en el desarrollo de los programas.

El proceso de mejoramiento y cambio de las circunstancias, así como los recursos para su éxito,

requieren que los procesos individual y comunitario se integren en un programa activo, gradual y claro, adaptado a las necesidades y posibilidades de cada persona apoyado en el manejo psicofarmacológico y el proceso psicoterapéutico (12-16). Como los problemas de las personas no pueden ser sólo individuales o internos (intrapsíquicos), las soluciones se apoyan en los sistemas interpersonales que los involucran entre sí, aunque no se perciban de esa forma (extrapsíquicos). Las redes sociales son la descripción de ciertas interacciones que establecen un determinado número de personas. La congruencia adaptativa de los seres humanos es un paradigma y, mientras un ecosistema conserve su congruencia, mantendrá su adaptación, organización y existencia. De ahí que la construcción de intercambio e interacción (red) que establezcan las personas se constituye en el medio y, por ende, su realización como ser vivo. Ésta proporciona ciertas interacciones favorables para sus miembros en su sempiterna dinámica evolutiva tempo-circunstancial, según se modifiquen sus características y funciones (81-83). La prestación de servicios a la comunidad y a los núcleos poblacionales amplios, así como a otros grupos (niños/adolescentes, ancianos, mujeres embarazadas, pacientes con VIH-SIDA, grupos en prisión, minusválidos, indígenas, entre otros) se han descuidado por mucho tiempo, por lo que habrán de incluirse los miembros que ahí se refugian a falta de mejor asistencia institucional. En consecuencia, la movilización de la red, como sistema de apoyo cooperativo, vía de acceso al crecimiento de la capacidad de autoafirmación y autoindependencia de las personas, debe enfocarse en quienes más lo requieran (83,84). En ese contexto, ambas, la intervención terapéutica y la red social, posibilitan la transformación de la persona-objeto, en persona-sujeto a través de la autoestima lograda por el proceso (81-84).



## CONCLUSIÓN

Los avances en la comprensión de los trastornos adictivos y demás trastornos mentales concurrentes sugiere que ambas alteraciones deben formar parte de las políticas de la salud pública —como obligación del Estado—, desde la resiliencia hasta la *reincorporación social*, por ser requerimiento imperativo de todo individuo afectado en su salud. El plan de tratamiento debe ser continuamente evaluado y, en su caso, modificado para asegurar que se mantenga a la par de los cambios en las necesidades de la persona (85).

Es esencial que la forma de tratamiento sea apropiada para la edad, sexo, grupo étnico y cultura del paciente, y que éste lo continúe durante un periodo de

observación personalizado (29,44,86). Para muchos pacientes, los medicamentos forman un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con los diferentes tipos de terapia. Desde la perspectiva de la reincorporación social de los afectados, la intervención es responsabilidad de toda la sociedad, por lo que el enfoque incluye las áreas: familiar, educacional, laboral y la administración del tiempo libre, a fin de implementar las redes de apoyo social y supervisión de la evolución del trastorno adictivo comórbido y de la abstinencia a largo plazo (6). Se trata de ayudar al paciente desde una visión ambiciosa a comprender y reconocer mejor su comportamiento en relación con su enfermedad y con el resto de la sociedad, por lo que las sesiones de asesoramiento deben enfocarse en

cuestiones relacionadas con la salud en todas sus vertientes, las relaciones familiares, la formación profesional, la reintegración laboral, el apoyo de vivienda y demás asuntos jurídicos (84,85).

Se espera que todo paciente adicto comórbido, para alcanzar su reincorporación integral: a) recupere su resiliencia, por lo que ha de construir relaciones fuertes y positivas con los seres queridos y amigos para obtener apoyo y aceptación en momentos buenos y malos; b) establezca conexiones con la comunidad; c) haga que cada día tenga sentido y realice todo lo que dé una sensación de logro y propósito diario; d) establezca metas que ayuden a mirar hacia el futuro con sentido; e) aprenda de la experiencia; f) valore cómo se han afrontado las dificultades en el pasado; g) recuerde las habilidades y estrategias que ayudaron en los momentos difíciles; h) mantenga la esperanza; i) ante la imposibilidad de cambiar el pasado, siempre podrá mirar hacia el futuro; j) acepte e incluso anticipe el cambio, lo cual facilita la adaptación y ayuda a observar los nuevos retos con menos ansiedad. Por tanto, es imperativo que: a) debe cuidarse, atender las necesidades propias y sus sentimientos; b) participe en actividades y pasatiempos con disfrute, actividad física de rutina, duerma bien, cuide una dieta saludable; c) practique el manejo del estrés en todas sus formas; d) sea proactivo sin ignorar los problemas, enfrentándolos mediante un plan de actuación participativa; e) recuperarse de un gran contratiempo, un evento traumático o una pérdida, lleva tiempo, pero se debe confiar en que la situación puede mejorar si se trabaja en ello (32-34). En complementariedad, es preciso que el personal de salud comprenda la dimensión del problema que enfrenta cada persona, aprenda y enseñe a los pacientes a su cuidado el lenguaje común de la salud, la atiende, gestione y la promueva en el con-

texto de su profesión y a partir de la más elemental conciencia social (96).

## FUENTES

1. Elsevier Connect. Addiction neuroscience: dependence, neuro-physiological dependence, processes, and correlations. (elsevier.com) <https://es.scribd.com/document/434242048/Elsevier-Connect-2017>. 30 08 2017.
2. Steph L. The Connection Between Neuroscience and Addiction. April 25, 2021.
3. George M. Brenner & Craig Stevens. Basic pharmacology. Elsevier. 5<sup>th</sup> edition. 2019.
4. The New England Evidence. N Engl J Med 2022; jan. 6,386: e9.DOI:10.1056/NEJM e2200149. Available: 10.1056/NEJMe200149?query=featured\_home.
5. Souza y MM. Alcohol y personalidad. Patología Dual. México: Editorial Alfil. 2018.
6. Uhl GR, Koob GF, Cable J. The neurobiology of addiction. Ann N y Acad Sci. 2019 Sep;1451(1): 5-28. doi: 10.1111/nyas.13989. Epub 2019 January 15.
7. Luijten M, Schellekens AF, Kühn S, Machielse MW, Sescousse G. Disruption of reward processing in addiction: an image-based meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies. JAMA Psychiatry. 2017 Apr 1; 74(4): 387-398. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.3084. PMID: 28146248
8. Kaplan G, Xu H, Abreu K, Feng J. DNA epigenetics in susceptibility to addiction. Genet frontal. 2022 Ene 25; 13:806685. doi: 10.3389/fgene.2022.806685. eCollection 2022.
9. Volkow ND; Boyle M. Neuroscience of addiction: relevance for prevention and treatment. Am J Psychiatry. 2018 Aug 1;175(8):729-740.



- doi:10.1176/appi.ajp.2018.1710\_1174. Epub 2018 Apr 25. 10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29690790/> - affiliation-1.
10. American Psychological Association, 2015. The road to resilience. <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>. Accessed March 16, 2017. Newman, 2002
  11. Krause KD. & Halkitis PN. Toward a More Dynamic Understanding of the Influence of Resilience on Health. *Behavioral Medicine*. 2020; 46:3-4, 171-174. doi: 10.1080/08964289.2020.1790972
  12. Fuller-Thomson E, Sawyer JL, Agbeyaka S. The Toxic Triad: Childhood Exposure to Parental Domestic Violence, Parental Addictions, and Parental Mental Illness as Factors Associated with Childhood Physical Abuse. *J Interpers Violence*. 2019; Jun 11:8862605-19853407.
  13. Vella SLC, Pai NB. A theoretical review of psychological resilience: Defining resilience and resilience research over the decades. *Arch Med Health Sci* 2019:233-239
  14. Ruud JR, Den Hartigh, Yannick Hill. Conceptualizing and measuring psychological resilience: What can we learn from physics? *New Ideas in Psychology*. 2022; 66: 100934
  15. Bowlby J. *Attachment and Loss*. Vol., 1 No. 79 Attachment. London: Hogarth Press. Institute of Psychoanalysis, International Psychoanalytic Library. 1969-1980. Rev. may. 10, 2022.
  16. Ruud. JR, Den Hartigh *et al*. Resilience in sports: a multidisciplinary, dynamic, and personalized perspective. *International Review of Sport & Exercise Psychology*. 2022,1:6-10.
  17. Silveira S, Hecht M, Adli M, Voelkle MC, Singer T. Exploring the Structure and Interrelations of Time-Stable Psychological Resilience, Psychological Vulnerability, and Social Cohesion. *Frontiers in Psychiatry*. 2022; 13:23-27.
  18. Park ER, Luberto CM *et al*. A Comprehensive Resiliency Framework: Theoretical Model, Treatment, and Evaluation. *Global Advances in Health and Medicine*. 2021; 10: 2164956121
  19. Souza y Machorro M. Utilidad de la psicoterapia y psicoanálisis en Patología Dual Complementariedad Terapéutica. *Asociación Psiquiátrica Mexicana. Psiquiatría*. 2014. Mayo-Agosto Época 1, 2(2): 30-44. Rev. may. 10, 2022.
  20. Bowlby J. *Secure Base Clinical applications of Attachment Theory (Collected Papers)* London, Tavistock, 1988. Rev. may. 10, 2022.
  21. Oldfield J, Stevenson A, Ortiz E, Haley B. Promote or suppress resilience to mental health outcomes in at-risk youth: the role of parent-peer attachment and school connection. *J. Adolesc*. 2018, 64, 13–22. DOI:10.1016/j.adolescence.2018.01.002
  22. Poole JC, Dobson KS, Pusch D. Childhood adversity and adult depression: the protective role of psychological resilience. *Child Abuse Negl*. 2017 64:89–100. DOI:10.1016/j.chiabu.2016. 12.012
  23. Sawant N. Children of alcoholics: Are they vulnerable or resilient? *Annals of Indian Psychiatry* 4(2):111. January 2020. OJI:10.4103/aip.aip\_122\_20
  24. Shapero BG, Farabaugh A *et al*. Understand the effects of emotional reactivity on depression and suicidal thoughts and behaviors: moderating effects of childhood adversity and resilience. *J. Affect. Disord*. 2019, 245: 419–427. DOI: 10.1016/j.jad.2018.11.033
  25. Fullerton DJ; Zhang LM; Kleitman S. An integrative process model of resilience in an

- academic context: resilience resources, coping strategies and positive adaptation. PLoS ONE 2021, 16(2): e0246000. Available <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246000>.
26. Wong MM, Puttler LI, Nigg JT, Zucker RA. Sleep and behavior control in early life predicted resilience in young adulthood: a prospective study of alcoholic children and controls. *Addicted behavior*. 2018 July; 82:65-71. DOI: 10.1016/j.addbeh.2018.02.006.
  27. Gil J. El niño interior, resiliencia, trauma. La resiliencia como respuesta a los traumas infantiles. Barcelona. *Terapia Gestalt*. 2020; Junio, 12. Disponible: [Gestaltsalud.com](http://Gestaltsalud.com). Rev. may. 10, 2022.
  28. Sánchez-García MD, Lucas-Molina B, Fonseca-Pedrero E, Pérez-Albéniz A, Paino M. Emotional and behavioral difficulties in adolescence: Relationship with emotional well-being, affect, and academic performance. *Annals of psychology*. 2018, 34(3):482-489.
  29. UNODC. Drug use prevention, treatment, and care. 2019. Available: <http://www.unodc.org/unodc/es/drug-prevention-and-treatment/index.html>.
  30. Yeh HH, Westphal J *et al*. Diagnosed Mental Health Conditions and Risk of Suicide Mortality. *Psychiatr Serv*. 2019 Jun 12:appips201800346. DOI:10.1176/appi.ps.01800346.
  31. APA. The road to resilience. American Psychological Association. Available: [resilience.aspx](http://resilience.aspx). March 16, 2017.
  32. Pérez Santalla I. Humor, resiliencia e inclusión – Disponible: Unidad de Trabajo Social (comillas.edu). El humor como indicador de resiliencia - Buscar (bing.com). 19 mayo, 2017.
  33. McLafferty M, Armour C, Bunting B *et al*. Coping, stress, and negative childhood experiences: The link to psychopathology, self-harm, and suicidal behavior. *Psych J*. 2019 Jun 25. doi: 10.1002/pchj.301.
  34. MacLeod S *et al*. The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*. 2016; DOI:10.1016/j.gerinurse.2016.02.014
  35. Mayo Clinic. Resilience: develops skills to resist in the face of difficulties. Mayo Clinic. Press. Mayo Foundation for Medical Education and research (MFMER) 1998-2022.
  36. Dong C; Wu Q; Pan Y; Yan Q; Xu R; Zhang R. Family resilience and its association with the psychosocial adjustment of children with chronic diseases: a latent profile analysis. *J Pediatr Nurs*. 2021 Sep-Oct; 60:e6-e12. doi: 10.1016/j.pedn.2021.02.010. Epub 2021. February 21.
  37. Bouteyre E. In Search of Family Resilience: The Example of Families Facing Pediatric Cancer. *The New Review of Adaptation and Schooling*, 2017. 79-80:199-214. Available: <https://doi.org/10.3917/nras.079.0199>.
  38. Sirota Régine. Sociologie de l'enfance et sociologie de l'éducation: va-et-vient, Éducation et sociétés, 2017/2 (40):105-121. DOI:10.3917/es.040.0105. <https://www.cairn.info/revue-education-et-societes-2017-2-page-105.htm>.
  39. Kübler-Ross E. *Living with death and dying*. New York. Scribner, Editorial, 2012. ISBN. 978143912528. Rev. may. 10, 2022.
  40. Park M, Eun Kyoung Choi, Chuhl Joo Lyu, Jung Woo Han, Seung Min Hahn. Family resilience factors that affect family adaptation of children with cancer: a cross-sectional study. *Family resilience factors that affect family adaptation of children with cancer: a cross-sectional study*. *Eur J Oncol Nurs*. 2022 Feb. 56: 102078. doi:10.1016. Epub 2021 Nov 24.

41. González Arratia; López Fuentes NI. Self-esteem, optimism, and resilience in children in poverty. *International J. Psychology*, 2018 16(01):1–119. Available: <https://doi.org/10.33670/18181023.v16i01.261>
42. Herbell K; Breitenstein SM; Melnyk BM; Guo J. Family resilience and flourishing: Well-being among children with mental, emotional, and behavioral disorders. *Res Nurs Health*. 2020 Sept.; 43(5):465-477. DOI: 10.1002/nur.22066. Epub 2020 August 14.
43. Souza y MM. Personalidad y adicciones. *Rev. Mex. Neuroci*. 2005; julio-agosto, 6(4):336-45. En: Souza y MM. Alcohol y personalidad: Patología dual. Editorial Alfil. México, 2018.
44. SAMHSA. Principles of Treatment for Drug Addiction: A Research-Based Guide. *DrugFacts*. Revised November 2019. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA/nida.nih.gov/es/publications.
45. Souza y Machorro M. Vulnerabilidad, causalidad y reinserción social. En: Souza y Machorro M. Cannabis y salud: del mito a la evidencia. Editorial Alfil. México, 2017.
46. Souza y Machorro M. Las adicciones en México: una visión terapéutica de sus mitos y metas. *Rev. Fac. Med. (Méx.)* [online]. 2014, 57(2): 15-24. Disponible en: [scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S002617422014000200015&lng=es&nrm=iso](http://scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002617422014000200015&lng=es&nrm=iso). ISSN 2448-4865. Rev. may. 10, 2022.
47. NIDA. Principles of Drug Addiction Treatments a Guide Based on Research and Resources. 2022, May 6, 2022. Available: <https://nida.nih.gov/es/publications/principles-of-treatments-for-drug-addiction-a-guide-based-in-research-and-resources>. 2022.
48. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Drug abuse: treatment and rehabilitation. Planning and implementation guide. Chapter VI. Effective integration of processing services. United Nations. Vienna, 2003. Rev. May. 10, 2022.
49. Souza y Machorro M. Patología Dual. Aspectos clínicos y terapéuticos de la comorbilidad adictiva. *Diseño y Tecnología*. México, 2011. Rev. May. 10, 2022.
50. Mesman E, Vreeker A, Hillegers M. Resilience and Mental Health in Children and Adolescents: An Update on recent literature and future directions, *Current Opinion in Psychiatry*: November 2021, 34(6):586-592. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000741.
51. Wendt DC; Gone JP. Group Therapy for Substance Use Disorders: A Survey of Clinical Practices. *J Groups Addicts Recover*. 2017;12(4):243-259. DOI:10.1080/1556035X.2017.1348280
52. Bahji A, Smith J, Danilewitz M, Crockford D, El-Guebaly N, Stuart H. Towards competency-based medical education in addiction psychiatry: a systematic review. *Canadian Medical Education Journal*, 2012, Jun. 30, 12(3):126-141. doi:10.36834/cmej.69739. Rev. may. 10, 2022.
53. Auerbach RP, Mortier P *et al*. Collaborators of WMH-ICS of the WHO. International University Student Project of the WHO Global Mental Health Surveys: Prevalence and distribution of mental disorders. *J Abnorm Psychol*. 2018 Oct; 127(7):623-638. doi: 10.1037/abn0000362. Epub 2018 Sep 13.
54. Souza y MM. Adicciones: visión integral, abordaje y terapéutica. (Patología Dual). Facultad de Medicina, UNAM. México: Editorial Prado. 2015.

55. Williams IL; Mee-Lee D. Co-participative Adherence: The Reconstruction of Discharge Categories in the Treatment of Substance Use Disorders. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 2017. June 35(3):279-297. Published online: 16 Jun 2017:1-19.
56. UNODC. Drug use prevention, treatment, and care. 2019.
57. Souza y MM. Patología Dual, Trastornos Adictivos y Patología Psicosexual en HLBT. Egodistonia sexual y disforia de género. México: Editorial Prado, 2020.
58. Vedat Şar V, Türk-Kurtça T. The Vicious Cycle of Traumatic Narcissism and Dissociative Depression Among Young Adults: A Transdiagnostic Approach. *J Trauma dissociation*. 2021, Oct-Dec; 22(5):502-521. DOI: 10.1080/15299732.2020.1869644. Epub 2021 January 11. PMID: 33427111
59. Freudenreich O. Psychiatric rehabilitation and recovery. In: *Psychotic disorders. Current Clinical Psychiatry*. Human, Cham. 2020. Available: [https://doi.org/10.1007/978-3-030-29450-2\\_24](https://doi.org/10.1007/978-3-030-29450-2_24)
60. Sapag JC, Velasco PR. Stigma toward mental disorders and addictions: Study in Chilean primary care. *Atención Primaria*. 2020. 52, Mayo (5):361-363. doi: 10.1016/j.aprim.2019.07.014
61. Sapag JC, Sena BF *et al*. Stigma towards mental illness and substance use issues in primary health care: Challenges and opportunities for Latin America. *Glob Public Health*. 2018, 13:1468-1480.
62. WHO. World Report on Disability - WHO, World Bank. 2014. World Health Organization, Geneva, 2014. Rev. May. 10, 2022.
63. Van der Meer L, Wundernink C. Contemporary focuses on health rehabilitation. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2019, February 28 (1):9-14 doi: <https://doi.org/10.1017/S2045796018000343>
64. Fernández-Catalina P, Ballesteros-Pérez F. Psychosocial rehabilitation of people with mental disorders: a model for community recovery and integration. *Edupsykhé. J. Psychology and Education*, 2019, 16(1):15-36. Available: <https://journals.ucjc.edu/EDU/article/view/4080>.
65. Souza y MM. Estigma, ética y terapia profesional en Patología Dual. *Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. Psiquiatría*. 2014. Enero-Abril. Época 1, 1(1):25-30. Rev. may. 10, 2022.
66. Shapero BG, Farabaugh A *et al*. Understand the effects of emotional reactivity on depression and suicidal thoughts and behaviors: moderating effects of childhood adversity and resilience. *J. Affection. Disord*. 2019, 245: 419-427. doi: 10.1016/j.jad.2018.11.033
67. Yeh HH, Westphal J *et al*. Diagnosed Mental Health Conditions and Risk of Suicide Mortality. *Psychiatr Serv*. 2019 Jun 12: appips201800346. DOI:10.1176/appi.ps.01800346.
68. Gil J. El niño interior, resiliencia, trauma. La resiliencia como respuesta a los traumas infantiles. Barcelona. *Terapia Gestalt*. 2020. Disponible en Gestaltsalud.com.
69. McLafferty M, Armour C, Bunting B *et al*. Coping, stress, and negative childhood experiences: The link to psychopathology, self-harm, and suicidal behavior. *Psych J*. 2019. Jun 25. 293-306. doi: 10.1002/pchj.301. DOI:10.1007/978-3-030-23560-4\_3
70. Susanne Dirks. Empowering Rather Than Hindering: Challenges in Participatory Development of Cognitively Accessible Software.



- HCI 26 July 2019. Computer science. Informatics. DOI:10.1007/978-3-030-23560-4\_3. Corpus ID: 195877815.
71. Saha S, Chauhan A, Buch B, Makwana S, Vikar S, Kotwani P, Pandya A. Psychosocial rehabilitation of people living with mental illness: Lessons learned from community-based psychiatric rehabilitation centers in Gujarat. *J. Family Medicine and Primary Care*, 2020, 9(2):892–897. Available: [https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc\\_991\\_19](https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_991_19)
  72. Cho MS. Stigma and life satisfaction among out-of-school Korean youth: the mediating roles of self-esteem and depressive symptoms. *Curr Psychol* 2021. Available: <https://www.Resear chgate.net/publication/354395664>
  73. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzery HI, Rowlands OJ. Stigmatization of people with mental illness. *British J. Psychiatry*. 2000, 177(1):4-7. Cambridge University Press. doi: 10.1192/bjp.177.14
  74. Souza y Machorro M; Cruz MDL. Sobre Nosografía, Polisemia y Clínica Psiquiátrica. *Rev Mex Neuroci*. 2008, Enero-Febrero 9 (1):38-46. En: Souza y MM. *Trastornos Adictivos y Sexuales. (Disfunciones, Identidad, Inclina ciones, Orientación y Egodistonia) en per sonas HLBT. Patología dual*. Editorial Prado. México, 2020.
  75. McLafferty M, Armour C, Bunting B *et al*. Coping, stress, and negative childhood ex periences: The link to psychopathology, self-harm, and suicidal behavior. *Psych J*. 2019 Jun 25. DOI: 10.1002/pchj.301.
  76. Michael D. Lyman. *Drugs in society. Causes, concepts, and control*. 8th Edition. Routledge, 2017. ISBN 9781315474373
  77. Stucki G; Bickenbach J. Functioning: the third indicator of health in the health system and the key indicator for rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2017; 53:134–138.
  78. United Nations Office on Drugs and Crime. UNODC. *Introductory Handbook on the Prevention of Recidivism and the Social Reintegration of Offenders Criminal Justice Handbook Series United Nations Vienna*, 2018. United Nations.
  79. United Nations Office on Drugs and Crime Vienna Custodial and Non-Custodial Measures Social Reintegration Criminal Justice Assessment Toolkit United Nations New York, 2006. Rev. may 10, 2022
  80. EMCDDA. *Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment*. The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA, Lisbon, October 2012. Rev. may. 10, 2022
  81. Souza y MM. Concepto y evolución del trastorno por dependencia del alcohol. *Sociedad Mexicana de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. Revista de Neurología y Psiquiatría*. 2018; 46 (1):14-30.
  82. Yule A, Kelly JF. Integration of treatment for concurrent mental health conditions. *Alcohol Research*, 2019, 40 (1), arcr.v40.1.07.
  83. Kaplan O, Nussio E. *Community Counts: The Social Reintegration of Ex-Combatants in Colombia*. Social Science Electronic Publishing, Inc., 2015. Rev. may. 10, 2022.
  84. Ponce Martinez C. Concurrent psychiatric disorders. In: Marienfeld, C. (eds) *Absolute Addiction Psychiatry Review*. Springer, Cham. 2020. Available: [https://doi.org/10.1007/978-3-030-33404-8\\_22](https://doi.org/10.1007/978-3-030-33404-8_22)
  85. Sundin EC; Mrowiec A; Bowpitt G; Boatman CH A; Williams AJ; Sarkar M; Baguley TS. Feasibility and acceptability of an inter-

- vention to improve reintegration in adults with experience in homelessness. *European J. Public Health*, 2020, June 30(3):578- 583. Available <https://DOI.org/10.1093/eurpub/ckz202>.
86. Ford JH; Kaur A; Rao D. et al. Improve access to medications within integrated treatment for people with co-occurring disorders in substance use treatment agencies. *Research and Implementation Practice*. January 2021. DOI:10.1177/26334895211033659
  87. Bose J, Hedden SL, Lipari RN et al. Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results From the 2017 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: Center for Behavioral Health, Substance Abuse, and Mental Health Services Administration Statistics and Quality; September 2018.
  88. Souza y MM. Patología dual y el problema de la rehabilitación y reintegración social. *Sociedad Médica del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez*. Secretaría de Salud, México. *Revista Psiquis*. 2018, 27 (2):13-23.
  89. Iqbal MN; Levin CJ; Levin FR. Treatment for substance use disorder with concurrent mental illness. *Focus. Am Psychiatr Publ*. 2019; 17(2):88-97. DOI:10.1176/appi.focus.20180042
  90. McGovern M. Living with co-occurring addiction and mental health disorders. A handbook for recovery. Dartmouth Medical School. Hazelden Publishing, 2020.
  91. Dom G; Moggi F. Co-occurring Addictive and Psychiatric Disorders: A Practice-Based Handbook from a European Perspective. Springer, 2020.
  92. Chakraborti S; Jahanara M. Gajendragad M. Reintegration of Mentally Ill Persons into Community - Strengthening Social Network, IOSR. *J. Humanities and Social Science (IOSR-JHSS)* 2015 Apr. 20; 4, (1):52-5. Rev. may. 10, 2022.
  93. Vranda MN; Ranjith J; Febna M; Sreelakshmi PS. Reintegrating Homeless Patients with Mental Illness (HPMI) into the Community: Challenges Faced During the COVID-19 Pandemic. *India J. Psicológica Medicina*. 2021. 43(3): 257-260.
  94. SM. S; Baikady R; Sheng-Li C; Sakaguchi H. Introducción: Social Work: A Profession Without Limits: Debates on Global and Contextual Social Work. In: SM. S; Baikady R; Sheng-Li C; Sakaguchi H. (eds) *The Palgrave Handbook of Global Social Work Education*. Palgrave Macmillan, Cham. 2020. Available [https://doi.org/10.1007/978-3-030-39966-5\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-39966-5_1)
  95. Souza y MM. El papel del lenguaje en el manejo profesional de la patología dual. *Asociación Psiquiátrica Mexicana*. A.C. *Psiquiatría*. 2017; 1ª Época 1(1):28-45.



## Guía para el autor

Revista de la Asociación Psiquiátrica Mexicana

Estimado autor, para la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM) es muy valioso el aporte que realiza al interesarse en divulgar su contenido científico a través de nuestro medio, por lo que hemos considerado prudente homologar el formato de los manuscritos, de manera que puedan evaluarse de forma objetiva y uniforme. Lo invitamos a considerar los siguientes puntos antes de enviar su texto, agradeciendo anticipadamente su interés y participación; algunos de los ítems propuestos se encuentran en los criterios editoriales (que también podrá

consultar en nuestra página), pero se dejan aquí para una consulta rápida:

- El manuscrito debe ser enviado anexando una carta de presentación del artículo y sus autores, en la que se exprese la motivación del trabajo investigativo.
- El manuscrito y la carta deben ser elaborados en Word, formato simple, con letra Arial 12 e interlineado de 1.5.
- Las referencias o bibliografía serán reportadas como Fuentes; deben estar anexadas y organi-

zadas en formato Vancouver (ver instrucciones al final).

- El orden general propuesto para su manuscrito será el de **Introducción, Materiales y métodos, Resultados, Discusión, Conclusiones, Fuentes** y, si fuera el caso, **Anexos** (aquí se incluirían imágenes, las cuales deben ser enviadas en formato JPG de alta resolución, así como tablas y diagramas, todos los cuales deben ir debidamente numerados e identificados en el texto). Para las revisiones literarias se mantiene la misma propuesta de organización, mientras que para los reportes de caso, **se puede sustituir Materiales y métodos/Resultados por Reporte del caso** (incluir sólo la información relevante). Si existe alguna situación especial que no se ajuste a lo anotado, el Comité Científico puede aprobar cambios a esta base.
- El manuscrito debe incluir un **Resumen** cuya extensión (omitiendo título y apartados), no supere las 250 palabras, el cual se distribuirá en el mismo orden en el que se dispone el artículo, adicionando después de éste el ítem de **Palabras clave**.
- Los nombres de los autores deben estar consignados completos, así como su profesión y adscripción actualizada. Sólo se debe incluir la información de contacto del autor principal (en caso de ser varios, se debe elegir uno solo).
- Los manuscritos serán enviados al correo [revistaapm@psiquiatrasapm.org.mx](mailto:revistaapm@psiquiatrasapm.org.mx). En caso de que el Comité Científico apruebe el contenido del artículo, se le hará llegar al autor la correspondiente carta de **Convenio de autores**, con la que se autoriza la edición y publicación del manuscrito. Si el autor se encuentra de acuerdo, regresará la carta en formato PDF con su firma manuscrita (y la de los coautores,

si es el caso) y se le comunicará posteriormente el número de la revista para el cual queda contemplado su artículo. En caso contrario, se le enviarán las observaciones pertinentes para su corrección.

- En caso de que el contenido de un manuscrito no se considere relacionado al contexto de la revista, la asociación se compromete a no conservar ninguna copia y que no se realice ningún tipo de difusión a través de nuestros medios.
- En caso de cartas al editor, sólo se requiere del nombre del autor, su adscripción, contacto, contenido de la carta y, si así se requiere, fuentes relacionadas (cuyo número máximo será de cinco).

La asociación se mantiene abierta a recibir sugerencias con respecto a todos los aspectos de la publicación; si tiene alguna, por favor hágala llegar al correo [revistaapm@psiquiatrasapm.org.mx](mailto:revistaapm@psiquiatrasapm.org.mx).

Nuevamente agradecemos su aporte, esperando que la RAPM pueda enriquecer la práctica clínica diaria de nuestro gremio a través de su apoyo.

## INSTRUCCIONES PARA EL FORMATO DE FUENTES

### *Citas dentro del texto:*

- Las citas en el texto se efectúan a través de llamadas con números arábigos entre paréntesis.
- Cada trabajo citado en el texto debe tener un único número asignado por orden de citación. Si se cita una obra más de una vez conservará el mismo número.
- Las citas de un autor se pueden realizar por un número o integrando el nombre del autor



seguido de un número en el texto. Cuando en el texto se menciona un autor, el número de la referencia se pone tras el nombre de éste. Si no se nombra al autor, el número aparecerá al final de la frase.

- Si la obra tiene más de un autor se citará en el texto el primer autor *et al.*
- Para citar una obra que no tiene un autor conocido, se debe usar lo que se denomina «autor corporativo». Por ejemplo una organización o una entidad.
- Algunos libros contienen capítulos escritos por diferentes autores. Cuando se cita el capítulo se citará al autor del capítulo, no al editor literario o director de la obra.
- Cuando hay más de una cita, éstas deben separarse mediante comas, pero si fueran correlativas, se menciona la primera y la última separadas por un guion.

En el apartado de Fuentes, las entradas se ordenarán numerándolas tal como aparecen en el texto, y la información que deben tener es la siguiente:

#### ***Libro completo***

Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.

#### ***Artículo de revista***

Autor/es. Título del artículo. Abreviatura internacional de la revista. año; volumen (número): página inicial-final del artículo.

#### ***Comunicaciones y ponencias***

Autor/es de la comunicación / ponencia. Título de la comunicación / ponencia. En: Título oficial del Congreso. Lugar de Publicación: Editorial; año. página inicial-final de la comunicación / ponencia.

### **RECURSOS EN INTERNET**

#### ***Libros***

Autores. Título [Internet]. Lugar: Editor; año [revisión; consultado]. Disponible en: url.

#### ***Artículos de revistas***

Autor. Título. Nombre de la revista abreviado [Internet] año [consultado]; volumen (número): páginas o indicador de extensión. Disponible en:

