



SALME

REVISTA DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

24

MAYO - AGOSTO 2024

Patología dual: integración de la salud mental y las adicciones

Dossier

Martha Pacheco



Salud


Jalisco
GOBIERNO DEL ESTADO

EDITORIAL

Es un honor presentar esta edición especial de la revista SALME, dedicada a la patología dual y a la integración de la salud mental y las adicciones. Esta edición se erige como un homenaje póstumo a nuestro maestro, el Dr. Rafael Medina Dávalos, creador y editor de esta publicación, como símbolo de la continuidad de su visión y compromiso con la promoción de la salud mental en nuestro estado. Su trabajo impulsó la creación de este medio de divulgación y ha marcado el estándar de excelencia que hoy nos guía.

Este número es particularmente significativo porque establece un hito en la integración de la salud mental y las adicciones dentro de las políticas públicas y el sistema de salud en Jalisco. Bajo el nuevo marco legal que fusiona estos dos ámbitos, hemos avanzado hacia un enfoque más holístico y coordinado, reconociendo que la atención a la salud mental y las adicciones no puede ser abordada de manera aislada.

La patología dual, tema central de este volumen, ejemplifica la necesidad de esta integración, abordando cómo los trastornos mentales y el consumo de sustancias interactúan de manera compleja y exigen una respuesta interdisciplinaria.

Además del contenido académico y científico, este número también destaca por incluir un dossier de arte en homenaje a Martha Pacheco, cuya obra plástica explora profundamente la condición humana. Este homenaje fue concebido por el Dr. Medina Dávalos, quien en vida expresó su deseo de reconocer el trabajo de Pacheco. Hoy cumplimos su objetivo al incluirlo en esta publicación.

En este contexto, hemos reunido una serie de artículos que ofrecen un panorama integral sobre la patología dual, desde sus conceptos fundamentales hasta las estrategias de reducción de riesgos y un mapeo situacional actualizado del consumo de sustancias en Jalisco. Estos contenidos son herramienta clave no solo para los profesionales del campo, sino también para la formulación de políticas públicas y la toma de decisiones en el ámbito de la salud mental, desde una perspectiva de igualdad, con base en los derechos humanos.

Con esta edición reafirmamos nuestro compromiso de integrar, fortalecer y mejorar los servicios de salud mental en Jalisco, con la certeza de que el impacto del trabajo del Dr. Medina Dávalos perdurará en cada iniciativa y esfuerzo realizado en pro del bienestar de las y los jaliscienses.

Dra. Carmen Leticia Aranda Gómez
Directora General del Consejo Estatal
de Salud Mental y Adicciones



CONTENIDO

1 Editorial

5 Conceptos y generalidades de la patología dual

DR. RODRIGO ANTUAN DURÁN GUTIÉRREZ

12 Muerte prematura: el TDAH a lo largo de la vida y su relación con el consumo de sustancias

DR. ISRAEL ITZAMAN JIMENEZ NAVARRO

18 Más allá de la abstinencia: principios clínicos de reducción de daños para trastornos por uso de sustancias

DR. EMMANUEL REYNOSO HARO

26 Mapeo situacional de consumo de sustancias psicoactivas en Jalisco, 2023

ING. HÉCTOR ENRIQUE MAURY HERNÁNDEZ, DRA. CARMEN LETICIA ARANDA GÓMEZ, MTRA. BLANCA GABRIELA LÓPEZ MACIEL, MTRO. FRANCISCO JAVIER ANGUIANO AMEZCUA

36 Abrazando la lucha interna: apego, autolesiones, mentalización y la búsqueda de una vida sin violencia

MTRO. DANIEL GÓMEZ HERNÁNDEZ

46 Patrones de consumo de sustancias psicoactivas entre personas hospitalizadas con trastornos psiquiátricos del occidente de México

JAIME CARMONA-HUERTA, SANTIAGO CASTIELLO-DE OBESO, ANDREA AGUIRRE-RAMÍREZ, SARA PÉREZ-MUÑOZ, DAVID CARDONA-MÜLLER, FERNANDO GROVER-PÁEZ, BERTHA IÑIGUEZ-CARVAJAL, JESÚS ALEJANDRO ALDANA-LÓPEZ, ISRAEL ITZAMAN-JIMÉNEZ, RAFAEL MEDINA-DÁVALOS[†]

57 Homenaje póstumo al Dr. Rafael Medina Dávalos

64 Directorio de la Red de Atención en Salud Mental y Adicciones en Jalisco

Arte

65 Martha Pacheco[†]

DESDE ACÁ TE MIRO

GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO

Ing. Enrique Alfaro Ramírez
GOBERNADOR CONSTITUCIONAL
DEL ESTADO DE JALISCO

Dr. Fernando Petersen Aranguren
SECRETARIO DE SALUD
DEL ESTADO DE JALISCO

Dra. Ana Gabriela Mena Rodríguez
DIRECTORA GENERAL DEL OPD
SERVICIOS DE SALUD JALISCO

Dr. Arturo Múzquiz Peña
DIRECTOR GENERAL DE DESARROLLO
ESTRATÉGICO DEL SECTOR SALUD

Lic. Ana Lilia Mosqueda González
DIRECTORA GENERAL
DE REINGENIERÍA ADMINISTRATIVA

Lic. Maricarmen Rello Velázquez
TITULAR DE LA UNIDAD DE COMUNICACIÓN
INSTITUCIONAL

INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Dr. Jorge Antonio Blanco Sierra
DIRECTOR DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL
Y ADICCIONES (IJSMA)

Dra. Alicia Denisse Florez Bizarro
SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Alma Ivette Espinoza Casillas
SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN

Dr. Jesús Alejandro Aldana López
SUBDIRECCIÓN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Dr. Rodrigo Antuan Durán Gutiérrez
DIRECTOR CAISAME ESTANCIA PROLONGADA

Dr. José Fernando Ojeda Palomera
DIRECTOR CAISAME ESTANCIA BREVE

CONSEJO ESTATAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Dra. Carmen Leticia Aranda Gómez
DIRECTORA GENERAL DEL CONSEJO ESTATAL DE SALUD
MENTAL Y ADICCIONES

LCP. Francisco Javier
Martínez González
ENLACE ADMINISTRATIVO

María del Carmen Martínez Estrella
COORDINADORA DE VINCULACIÓN INTERINSTITUCIONAL

Lic. Alfonso Villegas Espino
COORDINADOR DE POLÍTICAS PÚBLICAS

TSU. Pedro Briones Casillas
COORDINADOR DE REGULACIÓN DE ESPACIOS

EDITORES

Dr. Rafael Medina Dávalos[†]
Dr. Jesús Alejandro Aldana López

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. César González González
Dr. Jesús Alejandro Aldana López
Dr. Jaime Carmona Huerta

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Víctor Hugo Ramírez Siordia
Dra. Blanca Elisa Real Peña
Dr. Israel Itzaman Jiménez Navarro



Foto de la obra: Carlos Díaz Corona

Estimadas y estimados colegas, colaboradores y miembros de la comunidad del Instituto Jalisciense de Salud Mental y Adicciones:

El pasado 13 de julio de 2024 se publicó en el *Periódico Oficial del Estado de Jalisco* el decreto mediante el cual se expide la nueva Ley de Salud Mental y Adicciones del Estado de Jalisco. Este decreto marca un hito en la historia de nuestro estado, no solo por ser un avance en el marco jurídico, sino también por representar una oportunidad única para fortalecer y expandir nuestra misión como instituto.

La ley establece formalmente la creación del Instituto Jalisciense de Salud Mental y Adicciones, consolidando nuestra función dentro de la estructura administrativa del Organismo Público Descentralizado Servicios de Salud Jalisco. Este cambio implica una transición que exigirá adaptarnos y asumir nuevos retos, pero que también nos abre un abanico de oportunidades para el crecimiento y el fortalecimiento de nuestros servicios.

Uno de los principales cambios que introduce esta ley es la integración de la atención a las adicciones dentro de nuestras responsabilidades. Este ajuste requerirá no solo una actualización de nuestros protocolos y servicios, sino también una reestructuración interna que asegure la coordinación efectiva de las diferentes áreas. Nuestra meta es clara: brindar una atención integral, interdisciplinaria y centrada en derechos humanos a todas las personas usuarias de nuestros servicios.

La nueva estructura nos permitirá coordinar con liderazgo y diligencia la red de servicios de salud mental y adicciones en todo el estado de Jalisco. A través de la integración de los CAISAMEs, CISAMEs y CECOSAMAAs, creando sinergias facilitaremos la gestión de casos, la formación de recursos humanos altamente

capacitados y la promoción de la investigación en áreas críticas para la salud mental y las adicciones.

Esta certidumbre en el marco legal también nos brinda la oportunidad de consolidar nuestra trayectoria como líderes en salud mental y adicciones, tanto a nivel regional como nacional. Sin embargo, esta transición no estará exenta de retos. La gestión del cambio será uno de los desafíos más importantes que enfrentaremos y requerirá un esfuerzo conjunto para adaptar nuestras prácticas y procesos a las nuevas exigencias legales y operativas.

Será fundamental actualizar procedimientos y capacitar ampliamente a todo nuestro personal en la integración de servicios. Es esencial que los miembros del instituto comprendamos y asumamos la responsabilidad de este nuevo enfoque integral, que abarca la atención centrada en la persona con patología dual, una realidad frecuente que combina condiciones de salud mental con problemas adictivos.

En este contexto de cambio y mejora continua, las Jornadas de Actualización SALME 2024 serán un espacio clave para reflexionar sobre nuestras prácticas, aprender de experiencias nacionales e internacionales y discutir cómo podemos seguir mejorando la calidad de nuestros servicios. Estoy convencido de que este encuentro nos permitirá identificar nuevas oportunidades para avanzar en nuestra misión.

Resalto nuestro homenaje póstumo al Dr. Rafael Medina, quien hizo posible la creación de este valioso vehículo de conocimiento, la revista SALME número 24. Su legado perdura, reafirmando nuestro compromiso de ofrecer una herramienta de estudio y aplicación para quienes se dedican a la atención de las personas en el campo de la salud mental y adicciones.

Finalmente, quiero agradecer su compromiso y esfuerzo durante esta etapa de transición. Estoy seguro de que, juntos, lograremos que el Instituto Jalisciense de Salud Mental y Adicciones se consolide como una referencia en el tratamiento y prevención de la salud mental y las adicciones en México.

Atentamente

Dr. Jorge Antonio Blanco Sierra

Director del Instituto Jalisciense
de Salud Mental y Adicciones

Conceptos y generalidades de la patología dual: artículo de revisión

Dr. Rodrigo Antuan Durán Gutiérrez¹

DEFINICIÓN DE PATOLOGÍA DUAL

La patología dual se refiere a la coexistencia de un trastorno mental primario en conjunto con un trastorno por consumo de sustancias en la misma persona en un momento dado de su vida. Este fenómeno especialmente frecuente, presenta un desafío significativo para el diagnóstico y tratamiento, dado que la interacción entre ambos trastornos puede complicar el diagnóstico, el tratamiento y empeorar el pronóstico (SAMHSA, 2019).

EPIDEMIOLOGÍA

A nivel mundial, la patología dual es bastante común. Se estima que aproximadamente entre el 50 y el 60% de las personas que tienen un trastorno por consumo de sustancias también presentan algún trastorno mental primario. Por otro lado, los estudios indican que alrededor del 10 al 15% de la población mundial tiene un trastorno mental primario y al menos, el 50% de ellos también experimentan problemas relacionados con el consumo de sustancias (NIDA, 2022).

En Estados Unidos y Canadá, la prevalencia de la patología dual es alta. Se estima que aproximadamente el 9 al 12% de la población adulta presenta patología dual (Kessler, 2008). En América Latina, la prevalencia de la patología dual también es significativa, aunque puede variar considerablemente entre los países. Los estudios sugieren que la tasa de comorbilidad puede estar en un rango similar al de otros continentes, entre el 30 y el 50% (López-Castroman, 2018).

¹ Médico cirujano partero, Universidad Autónoma de Nuevo León. Especialista en psiquiatría, Instituto Jalisciense de Salud Mental y Adicciones, Universidad de Guadalajara. Maestría en salud pública, Universidad de Guadalajara. Maestrante en drogodependencias, Universidad de Barcelona.

En México, la prevalencia de la patología dual es también considerable. Estudios sugieren que aproximadamente el 50% de las personas con trastornos por uso de sustancias pueden presentar algún trastorno mental. La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Otras Drogas (INEGI, 2022) y otros estudios epidemiológicos han mostrado que el abuso de sustancias es un problema importante de salud pública que afecta a una proporción significativa de la población (Cruz, 2021).

ALCOHOL Y PATOLOGÍA DUAL

El alcohol, una de las sustancias más consumidas a nivel mundial y con una amplia aceptación de su uso en casi todas las culturas, está fuertemente asociado con diversos trastornos mentales. Está ampliamente documentado que la presencia simultánea de un trastorno por consumo de alcohol y un trastorno mental primario, conlleva una mayor gravedad de síntomas, peor pronóstico y mayores desafíos terapéuticos (Schuckit, 2009).

ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y TRASTORNOS MENTALES

Trastornos depresivos: El consumo de alcohol está estrechamente relacionado con la aparición, la intensidad y la persistencia del trastorno depresivo mayor. Muchas personas con síndromes depresivos ya instalados recurren al alcohol como una forma de automedicación o como una estrategia disfuncional de afrontamiento de problemas (Swendsen, 2000), lo que inicialmente puede proporcionar alivio a los síntomas, pero que a largo plazo perpetúa el padecimiento. La

relación es bidireccional, donde el consumo de alcohol aumenta el riesgo de desarrollar depresión, y la depresión puede conducir al consumo perjudicial o a la dependencia del alcohol (Boden, 2011). Además, el alcohol es la principal sustancia utilizada como facilitador para llevar a cabo un intento de suicidio.

Trastornos de ansiedad: El alcohol es comúnmente utilizado por personas con trastornos de ansiedad para aliviar temporalmente los síntomas, particularmente aquellos que padecen ansiedad social, pánico y ansiedad generalizada (Buckner, 2008). Este reforzamiento ansiolítico del alcohol puede conducir a incrementar el consumo desde un patrón de consumo de alto riesgo a un consumo perjudicial o hasta un patrón de dependencia.

TABAQUISMO Y PATOLOGÍA DUAL

El tabaco es una de las sustancias más consumidas en todo el mundo (McClave, 2010), y su uso acompaña estrechamente a otros trastornos mentales (Williams, 2004). La relación entre el consumo de tabaco y los trastornos mentales es bidireccional: las personas con trastornos mentales tienen una mayor probabilidad de fumar, y el consumo de tabaco puede agravar o precipitar la aparición de síntomas psiquiátricos (Prochaska, 2017).

ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE TABACO Y TRASTORNOS MENTALES

Esquizofrenia: aproximadamente el 70-80% de las personas con esquizofrenia fuman, una tasa mucho más elevada que la de la población general. El consumo de tabaco en la esquizofrenia está

relacionado con el alivio de síntomas con gran impacto funcional como la anhedonia y la disfunción cognitiva (De León, 2005). Aunque algunas personas con esquizofrenia reportan esa aparente mejoría, el tabaco reduce la eficacia de los antipsicóticos a través de las vías de citocromo p450 y conlleva un importante incremento en la mortalidad y riesgo cardiovascular, contribuyendo a reducir la esperanza de vida de 10 a 20 años (Lasser, 2000).

Trastornos depresivos: las personas con trastornos depresivos tienen el doble de probabilidades de fumar en comparación con aquellas sin depresión. El tabaco es a menudo utilizado como una forma de automedicación para aliviar el estado de ánimo deprimido, sobre todo cuando se acompaña de síntomas ansiosos (McMilan, 2023). Aunque la nicotina puede tener un efecto temporal en la mejora del estado de ánimo, el uso a largo plazo está asociado con una mayor severidad de los síntomas depresivos y un peor pronóstico general (Baker, 2022).

Trastornos de ansiedad: el consumo de tabaco es común entre personas con trastornos de ansiedad como una forma de medicación ansiolítica (McKee, 2021). Sin embargo, la nicotina puede aumentar la ansiedad y la irritabilidad, especialmente durante los períodos de abstinencia (Tindle, 2020).

Trastorno bipolar: las personas con trastorno bipolar tienen prevalencias más altas de consumo de tabaco en comparación con la población general, con un estimado del 50 al 70% de ellas (Kumar, 2017). Fumar puede agravar la inestabilidad del estado de ánimo en

el trastorno bipolar y está asociado con recaídas y resistencia al tratamiento (Potvin, 2021).

CANNABIS Y PATOLOGÍA DUAL

El consumo de cannabis en individuos con patología dual presenta desafíos significativos, ya que puede detonar la aparición de enfermedades mentales sobre todo cuando su consumo se inicia en la adolescencia y además, complica el diagnóstico preciso de enfermedades como la esquizofrenia, trastornos depresivos, entre otros (Vancampfort, 2023).

ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE CANNABIS Y TRASTORNOS MENTALES

Trastornos del espectro de la psicosis: el cannabis ha sido ampliamente estudiado en relación con la psicosis, particularmente con la esquizofrenia, ya que su uso puede influir significativamente en la aparición, el curso y el pronóstico de este trastorno mental (Kraan, 2022). La evidencia sugiere que el consumo de cannabis puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de esquizofrenia, especialmente en individuos con predisposición genética como aquellos que tienen familiares con psicosis y en quienes que comienzan a usar cannabis en la adolescencia (Zammit, 2008).

Trastornos depresivos: el consumo de cannabis puede estar asociado con un mayor riesgo de desarrollar trastornos depresivos. El uso frecuente puede agravar los síntomas en personas con depresión preexistente y también puede estar relacionado con un mayor riesgo de desarrollar depresión en individuos sin antecedentes psiquiátricos (González, 2013). El uso crónico de cannabis ha sido asociado con

diversos efectos en el estado de ánimo incluyendo la anhedonia, disminuyendo la capacidad para experimentar placer a través de su impacto en el sistema dopaminérgico (Degenhardt, 2006).

Trastornos de ansiedad: el consumo de cannabis ha sido ampliamente estudiado en relación con los trastornos de ansiedad. Los hallazgos en la literatura científica sugieren que el uso de cannabis puede tener efectos mixtos sobre la ansiedad. En algunos casos, el cannabis puede inducir o agravar los síntomas de ansiedad, mientras que en otros contextos, su uso puede ser reportado como una forma de automedicación para reducir la ansiedad (Leen-Feldner, 2021). La relación entre cannabis y ansiedad es compleja, con evidencia que sugiere que el impacto del cannabis sobre los trastornos de ansiedad puede depender de factores como la frecuencia de uso, la dosis, la composición del cannabis (proporción de THC/CBD) y las características individuales de la persona consumidora (Bahji, 2022).

METANFETAMINAS Y PATOLOGÍA DUAL

El uso de metanfetaminas está asociado con una variedad de trastornos mentales. Las metanfetaminas, al ser un potente estimulante del sistema nervioso central, tienen un impacto deletéreo en la salud mental, exacerbando síntomas en personas con trastornos mentales preexistentes y potencialmente desencadenando nuevos trastornos en personas sin antecedentes psiquiátricos (Rusyniak, 2013). La relación entre las metanfetaminas y los trastornos mentales es compleja y puede

depender de factores como la dosis, la duración del uso y las características individuales de los usuarios (McKetin 2006).

ASOCIACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE METANFETAMINAS Y TRASTORNOS MENTALES

Trastornos del espectro de la psicosis: el uso de metanfetaminas está asociado con un aumento significativo en el riesgo de presentar psicosis en personas sin antecedentes ni otros factores de riesgo para enfermedades mentales, y puede ocurrir durante el uso agudo o en el contexto de un uso prolongado (McKetin, 2006). Las estadísticas indican el 50% a 60% de los usuarios de metanfetaminas pueden experimentar síntomas psicóticos en algún momento durante su historia de consumo (Simpson, 2017). La intensidad y duración de la psicosis pueden variar, y algunos usuarios pueden desarrollar psicosis persistente indistinguible de la esquizofrenia (Rosenberg, 2016).

Trastornos depresivos: la depresión en personas consumidoras de metanfetaminas puede ser tanto una consecuencia directa de la depleción de monoaminas que sucede posterior a la liberación intensa durante la intoxicación, así como una manifestación secundaria a los efectos persistentes de neuroadaptación en el largo plazo (Seiden, 1992). La epidemiología de la depresión mayor en usuarios de metanfetaminas revela que una proporción significativa de usuarios de metanfetaminas experimenta episodios depresivos hasta el 30% en muestreos de usuarios crónicos. Los factores que contribuyen a

esta alta prevalencia incluyen la alteración de los sistemas de neurotransmisores, efectos adversos en la salud mental y las consecuencias del uso de metanfetaminas en la vida cotidiana (Rosenberg, 2016).

Trastornos neurocognitivos: el uso de metanfetaminas está asociado con un deterioro cognitivo significativo en el 30% o más de quienes las consumen, y puede afectar varias funciones cerebrales, incluyendo la memoria, la atención, el procesamiento de la información y la función ejecutiva (Potvin, 2018). El deterioro cognitivo relacionado con las metanfetaminas puede ser tanto agudo como crónico, dependiendo de la duración y la intensidad del uso. Los estudios muestran que el uso crónico de metanfetaminas puede llevar a alteraciones duraderas en la estructura y función cerebral, lo que resulta en déficits cognitivos persistentes incluso después de la abstinencia (Mizoguchi, 2019):

Es importante señalar que ninguna clasificación diagnóstica actualmente vigente (APA, 2022) (OMS, 2022), contemplan el diagnóstico de trastorno neurocognitivo asociado a consumo de metanfetaminas, a pesar de la robusta información científica disponible.

DESAFÍOS EN EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO

La patología dual, dada su presentación clínica que superpone síndromes neuropsiquiátricos, síntomas de intoxicación o abstinencia aguda propios de cada sustancia psicoactiva, el consumo de múltiples sustancias de forma simultánea y la presencia de un trastorno mental primario, convierte

el diagnóstico en un reto complejo (Cuartas-Arias, 2023). Los síntomas del trastorno por consumo de sustancias pueden enmascarar o exacerbar los síntomas del trastorno mental y viceversa, por lo que es crucial realizar una evaluación exhaustiva y estandarizada de la persona teniendo como eje el trabajo metódico del diagnóstico diferencial, que incluya una historia clínica completa, clinimetría, estudios de laboratorio y gabinete para establecer un diagnóstico preciso que en muchas ocasiones requiere de múltiples evaluaciones y de múltiples clínicos. El tratamiento de la patología dual requiere un enfoque multidisciplinario, individualizado y con perspectiva de género, que aborde tanto el trastorno mental como el trastorno por consumo de sustancias de manera simultánea o escalonada, con estrategias farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales que incidan en la persona, su red de apoyo y en su entorno social (San, 2016). Uno de los principales desafíos en la patología dual es la falta de servicios especializados y coordinados que puedan abordar ambas áreas de manera efectiva. Además, la estigmatización, la falta de conocimiento y de entrenamiento profesional pueden impedir que los individuos reciban la ayuda adecuada.

Se necesitan continuar con investigaciones para desarrollar intervenciones más efectivas, no solo basadas en la abstinencia, la cual es siempre deseable pero no siempre asequible, y es necesario fortalecer el modelo de tratamiento basado en la reducción de daños para mejorar la calidad de vida de las personas que sufren la carga de la patología dual.

REFERENCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION APA. (2022).** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).
- BAHJI, A., STEPHENSON, C., TYO, R., HAWKEN, E. R. & SEITZ, D. P. (2022).** Cannabidiol for the treatment of anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 42(3), 218-225.
- BAKER, A. & HIDES, L. (2022).** Smoking and depression: Understanding the bi-directional relationship. *Addiction Research & Theory*, 30(4), 296-305.
- BODEN, J. M. & FERGUSSON, D. M. (2011).** Alcohol and depression. *Addiction*, 106(5), 906-914.
- BUCKNER, J. D., SCHMIDT, N. B., LANG, A. R., SMALL, J. W., SCHLAUCH, R. C. & LEWINSOHN, P. M. (2008).** Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *Journal of Psychiatric Research*, 42(3), 230-239.
- CRUZ, M. & MARTÍNEZ, I. (2021).** Prevalencia de la patología dual en México: Un estudio nacional. *Revista Mexicana de Psiquiatría*, 33(2), 150-162.
- CUARTAS-ARIAS, M. (2023).** Exploring dual pathology: Opportunities and challenges. *International Journal of Psychology Research (Medellin)*, 16(1), 1-4.
- DE LEON, J. & DIAZ, F. J. (2005).** A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophrenia Research*, 76(2-3), 135-157.
- DEGENHARDT, L. & HALL, W. (2006).** The adverse effects of cannabis use: A review of the evidence. *Addiction*, 101(12), 1785-1799.
- DESCRIPCIONES CLÍNICAS Y REQUISITOS DIAGNÓSTICOS DE LA CIE-11 DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS. (2022).** *Departamento de salud mental y uso de sustancias*.
- GONZALEZ, R. & SWENDSEN, J. (2013).** Cannabis use and the risk of developing mood disorders. *Biological Psychiatry*, 73(7), 600-606.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI). (2022).** *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Otras Drogas (ENCODAT)*. Retrieved from INEGI website.
- KESSLER, R. C. & WANG, P. S. (2008).** The prevalence and effects of mental disorders on substance abuse. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 215-224.
- KRAAN, T. C. & VAN AMELSVOORT, T. A. M. (2022).** The impact of cannabis use on patients with schizophrenia: A review of recent findings. *Journal of Clinical Psychiatry*, 83(2), e255-263.
- KUMAR, R. & TIWARI, A. K. (2017).** Prevalence and correlates of tobacco use in patients with bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Bipolar Disorder*, 7(1), 1-10.
- LASSER, K., BOYD, J. W., WOOLHANDLER, S., HIMMELSTEIN, D. U., MCCORMICK, D. & BOR, D. H. (2000).** Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA*, 284(20), 2606-2610.
- LEEN-FELDNER, E. W., BLUMENTHAL, H., BADOUR, C. L., BABSON, K. A. & STAIGER, P. K. (2021).** An examination of the association between anxiety sensitivity and cannabis use motives among young adult users: The role of perceived stress and coping. *Psychology of Addictive Behaviors*, 35(1), 54-64.
- LÓPEZ-CASTROMAN, J., ET AL. (2018).** Prevalence of dual disorders in Latin America. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 34-41.
- MCCLAVE, A. K., MCKNIGHT-EILY, L. R., DAVIS, S. P. & DUBE, S. R. (2010).** Smoking characteristics of adults with selected lifetime mental illnesses: Results from the 2007 National Health Interview Survey. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2464-2472.
- MCKEE, S. A. & WEINBERGER, A. H. (2021).** Smoking and anxiety: Insights into the link and potential treatment implications. *Current Psychiatry Reports*, 23(6), 45.
- MCKETIN, R., KELLY, E. & ROXBURGH, A. (2006).** The impact of methamphetamine on mental health: A review. *Drug and Alcohol Review*, 25(2), 135-142.
- MCMILLAN, D. (2023).** The interplay between depression and smoking: A review of recent findings. *Journal of Clinical Psychiatry*, 84(1), 45-60.
- MIZOGUCHI, H. & YAMADA, K. (2019).** Methamphetamine use causes cognitive impairment and altered decision-making. *Neurochemistry International*, 124, 106-113.

- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). (2022).** *Dual diagnosis: Co-occurring disorders*. Obtenido de <https://nida.nih.gov/>
- POTVIN, S., PELLETIER, J., GROT, S., HÉBERT, C., BARR, A. & LECOMTE, T. (2018).** Dual pathology diagnosis and treatment guideline. *Addictive Behaviors*, 80, 154–160.
- POTVIN, S. & STIP, E. (2021).** The impact of smoking on the course and treatment of bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 82(2), e255-263.
- PROCHASKA, J. J., DAS, S. & YOUNG-WOLFF, K. C. (2017).** Smoking, mental illness, and public health. *Annual Review of Public Health*, 38, 165-185.
- ROSENBERG, H. & RUHL, A. (2016).** Methamphetamine and comorbid psychiatric disorders: Implications for treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 61, 62-68.
- RUSYNIAK, D. E. (2013).** Neurologic manifestations of chronic methamphetamine abuse. *Psychiatric Clinics of North America*, 36(2), 261-275.
- SAN, L., ARRANZ, B., ARROJO, M., BECOÑA, E., BERNARDO, M., CABALLERO, L., CASTELLS, X., CUNILL, R., FLOREZ, G., FRANCO, M. D., GARRIGA, M., GOIKOLEA, J. M., GONZÁLEZ-PINTO, A., LANDABASO, M., LÓPEZ, A., MARTINEZ-RAGA, J., MERINO, A., PARAMO, M., RUBIO, G., SAFONT, G., SAIZ, P. A., SOLÀ, I., TIRADO, J., TORRENS, M. & ZORRILLA, I. (2016).** Clinical guideline for the treatment of dual pathology in the adult population [Article in English, Spanish]. *Adicciones*, 28(1), 3–5.
- SCHUCKIT, M. A. (2009).** Alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373(9662), 492-501.
- SEIDEN, L. S., FISCHMAN, M. W. (1992).** Methamphetamine effects on dopamine and behavior: A review. *Psychopharmacology*, 107(1), 9-20.
- SIMPSON, H. B. DING, J. (2017).** Methamphetamine-induced psychosis: A review of the literature. *Journal of Psychiatric Research*, 84, 189-197.
- SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMHSA). (2019).** *Substance use disorder and mental health disorder: The dual diagnosis*. Obtenido de <https://www.samhsa.gov>
- SWENDSEN, J. & MERIKANGAS, K. H. (2000).** The comorbidity of depression and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 173-189.
- TINDLE, H. A. & GELLMAN, M. D. (2020).** The bidirectional relationship between smoking and anxiety: Implications for treatment. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(4), 315-321.
- VANCAMPFORT, D. & CORRELL, C. U. (2023).** Cannabis use and dual diagnosis: Clinical implications and treatment considerations. *Journal of Dual Diagnosis*, 19(1), 45-61.
- WILLIAMS, J. M. & ZIEDONIS, D. (2004).** Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addictive Behaviors*, 29(6), 1067-1083.
- ZAMMIT, S., MOORE, T. H. M., LINGFORD-HUGHES, A., BARNES, T. R. E., JONES, P. B., BURKE, M. & LEWIS, G. (2008).** Effects of cannabis use on outcomes of psychotic disorders: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 193(5), 357-363.

Muerte prematura: el TDAH a lo largo de la vida y su relación con el consumo de sustancias

Dr. Israel Itzaman Jiménez Navarro¹

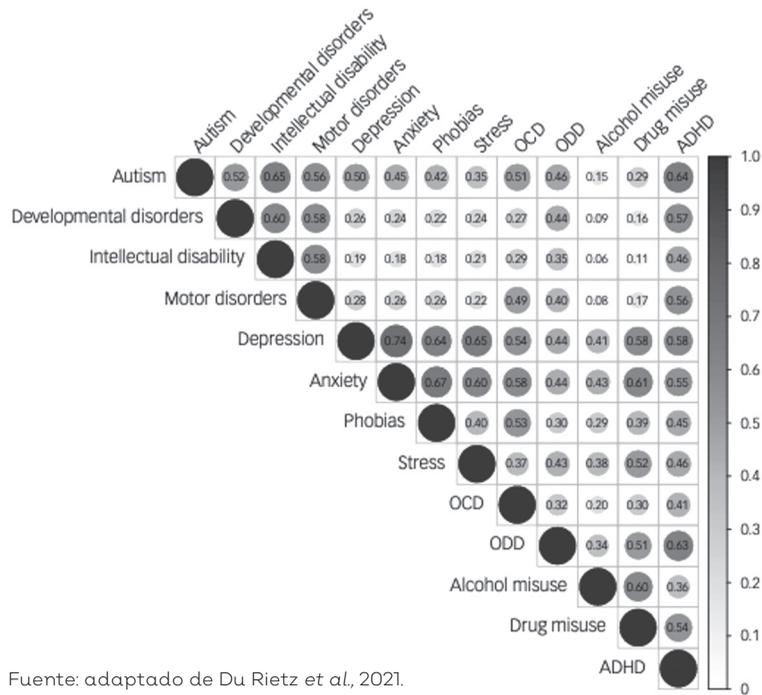
INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad y/o impulsividad (TDAH) es la condición clínica más frecuente del neurodesarrollo en los niños, niñas y adolescentes (NNA), con una prevalencia de 5-7%. Su etiología tiene una carga genética importante, pues se estima que su factor de heredabilidad es de 80% (Faraone & Larsson, 2019) y la persistencia en la etapa adulta es mayor de 60% (Faraone & Larsson, 2019). Clínicamente se caracteriza por la presencia de problemas en los procesos de atención, hiperactividad e impulsividad; sin embargo, el concepto no hace referencia a los mecanismos neurológicos que subyacen a los síntomas. Para hacer justicia bien podríamos llamarlo “trastorno de la integración en los procesos de inhibición”. Menos de 60% de los casos son diagnosticados antes de los 14 años; el 73%, hasta los 18 años; y 92%, hasta los 25 (Faraone, Bellgrove et al., 2024). Entre 70% y 80% presentan por lo menos un trastorno mental, emocional y de conducta (TMEC) a lo largo de la vida.

Persiste la creencia de que el TDAH es una condición que debe ser tratada de lunes a viernes para mejorar el rendimiento académico infantil y, por lo tanto, es necesario que NNA “gasten” su energía el fin de semana en actividades extracurriculares de actividad física, así como remitirles a un entorno educativo con menor rigidez para favorecer su adaptación en el entorno escolar. Estas actividades pueden favorecer el desarrollo de la mayoría de los NNA, pero en el caso del TDAH infantil la principal comorbilidad no es un problema del desarrollo intelectual ni del aprendizaje; los trastornos de conducta, negativista desafiante, depresión

1 Médico psiquiatra por la Universidad de Guadalajara y el Instituto Jalisciense de Salud Mental y Adicciones. Especialista en psiquiatría infantil y de la adolescencia en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N Navarro. Adscrito al Centro de Atención Integral en Salud Mental (CAISAME) Estancia Prolongada.

Correlaciones fenotípicas observadas entre los distintos trastornos



Fuente: adaptado de Du Rietz et al., 2021.

y ansiedad son comunes en este sector. En la población general se observan comorbilidades como la ansiedad, depresión, consumo de sustancias y enfermedades médicas (Faraone, Bellgrove et al., 2024) (Katzman et al., 2017). El riesgo de suicidio está asociado significativamente con la presencia de TDAH no diagnosticado en adultos (Bitter, 2019).

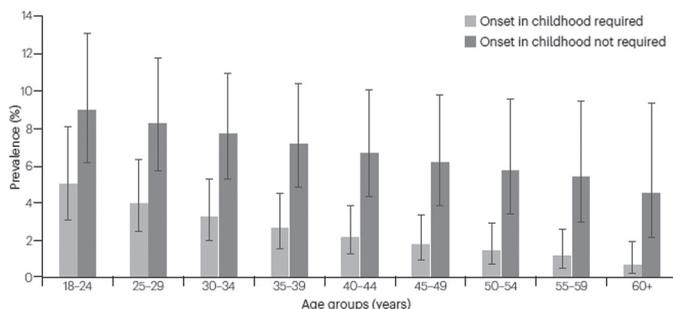
IMPLICACIONES DEL TDAH A LO LARGO DE LA VIDA

La mayoría de los NNA con este trastorno continúan así hasta la vida adulta. Los síntomas principales para hacer el diagnóstico con frecuencia se neutralizan, posiblemente por la alta neuroplasticidad que caracteriza al neurodesarrollo en la infancia y adolescencia, logrando adaptarse a las demandas del ambiente. Además, los procesos

cognitivos relacionados con la inhibición que facilitan la flexibilidad mental y la regulación sensorial, emocional y conductual (planeación y organización) son estructuras que terminan su madurez hasta la adultez temprana (20-40 años). Esto podría explicar la comorbilidad con otros trastornos del neurodesarrollo en las primeras etapas de la infancia, para posteriormente, en la adolescencia, aumentar su comorbilidad con trastornos del estado de ánimo y ansiedad, finalizando en la vida adulta con problemas como el consumo de sustancias (Du Rietz, 2021).

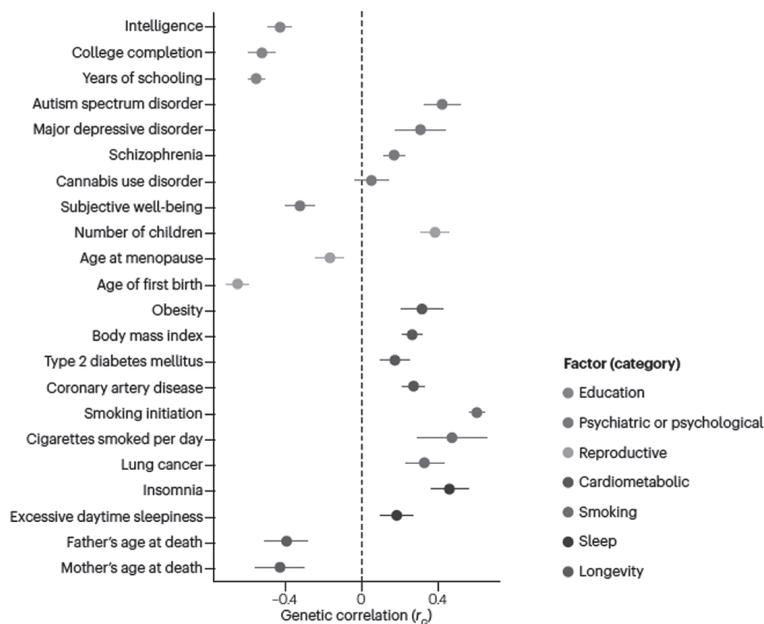
Para añadir más complejidad, factores ambientales pueden provocar cambios en el neurodesarrollo similares al TDAH, pero de inicio en la adultez sin haber presentado síntomas en la infancia (Faraone, Bellgrove et al., 2024).

La prevalencia del TDAH en el adulto según la edad de inicio



Fuente: adaptado de (Faraone, Bellgrove et al., 2024).

La prevalencia del TDAH en el adulto según la edad de inicio



Fuente: adaptado de (Faraone, Bellgrove et al., 2024).

En contraste, no existe discusión respecto al impacto negativo en la calidad de vida, bienestar mental, capital social (fracaso laboral, académico y conductas de riesgo) y salud física.

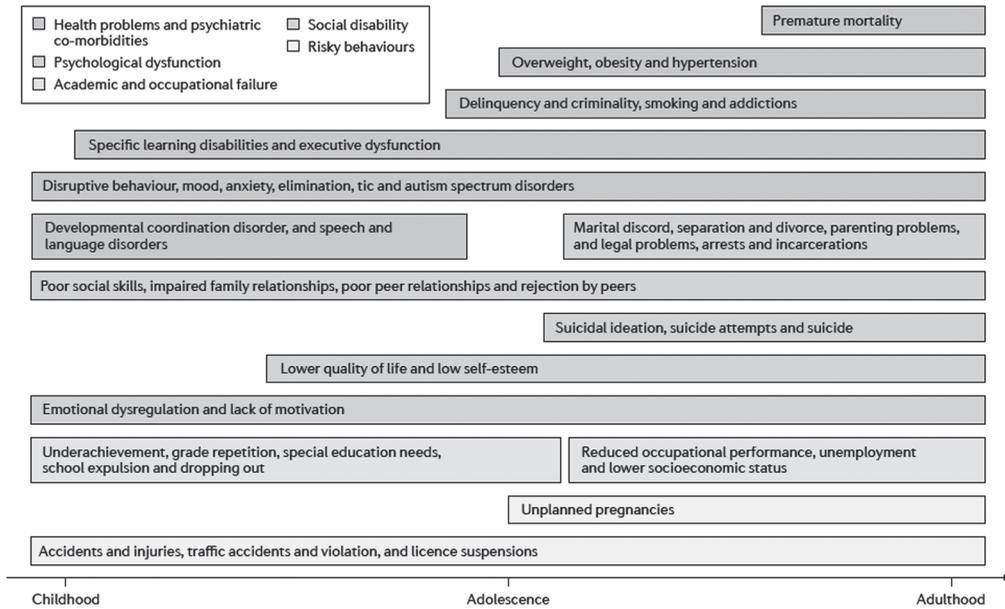
Desde una perspectiva ecológica, la implicación más grave del TDAH es la muerte prematura con potencial

de intervención, debido a que es provocada por causas no naturales, por ejemplo los accidentes y el consumo de sustancias.

TDAH Y MORTALIDAD POR CAUSAS NO NATURALES

En México, la principal causa de defunción en personas menores

Calidad de vida y trastorno por déficit de atención con hiperactividad



Fuente: adaptado de Faraone, Asherson, et al., 2015.

de 54 años son las lesiones no intencionales (World Health Organization, 2022).

Un estudio longitudinal de cohorte perinatal analizó el riesgo de mortalidad en adultos de 46 años en tres grupos, el primero con diagnóstico en la infancia de TDAH, el segundo con síntomas leves y diagnóstico de TDAH (inatención e hiperactividad), y el tercero con síntomas subclínicos o sin diagnóstico del trastorno. Los resultados muestran que el primer grupo obtuvo un riesgo dos veces mayor de muerte prematura, en su mayoría atribuido a causas no naturales, mientras que el grupo con síntomas subclínicos de TDAH no se asoció con mayor riesgo de mortalidad (Franke, 2018).

En 2024 destacan dos estudios, el primero, de cohorte observacional, cuestionó si “¿El inicio de la

medicación en el TDAH se asociaba a la reducción del riesgo de mortalidad?”; el seguimiento a más de 140 mil pacientes en dos años reveló que entre los individuos diagnosticados con el trastorno, el inicio de la medicación se asoció significativamente con un menor riesgo de mortalidad para todas las causas, en especial para muertes por condiciones no naturales (Li, 2024).

El segundo estudio evaluó la asociación del uso de medicamentos (estimulantes y no estimulantes) en población menor de 24 años con diagnóstico de TDAH que ingresó al servicio de urgencias o fue hospitalizada. Se encontró que los medicamentos estimulantes redujeron el riesgo de mortalidad para todas las causas de muerte y que los medicamentos no estimulantes disminuyen

la mortalidad por lesiones no intencionadas (Vasiliadis, 2024).

TDAH Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

Uno de cada 4-5 pacientes con problemas por consumo de sustancias padece TDAH. El 50% de las muertes en población menor de 50 años se atribuye al consumo de sustancias. En adultos con TDAH el consumo de sustancias es la principal comorbilidad (Choi, 2022).

Este trastorno y el consumo de sustancias son entidades profundamente estigmatizadas. Hasta hace una década, ambos no eran reconocidos como una enfermedad del “cerebro”; su causa se atribuía a problemas de falta de voluntad (disciplina) y conducta. Actualmente se investiga poco y continúa siendo un tabú en la mayoría de los establecimientos no gubernamentales que ofrecen servicios de atención a problemas relacionados con el consumo de sustancias.

El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la situación global relacionada al consumo de alcohol y otras drogas reportó que la cobertura para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias (TUS) varía desde extremadamente bajo (0.3%) hasta 14% en países que sí reportaron datos. México no aportó datos (World Health Organization, 2024) (UNODC, 2023). Al respecto, debe aclararse que en 2022 se realizaron cambios a la Ley

General de Salud para abandonar el modelo asilar en materia de atención psiquiátrica. En 2023 por primera vez en México se creó la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA), con la posibilidad de un abordaje comunitario a los TMEC, incluidos los relacionados con el consumo de sustancias.

La situación en Europa lleva la ventaja, pues ante la falta de evidencia científica, en 2010 Holanda creó la fundación ICASA (International Collaboration on ADHD and Substance Abuse) para la mejora en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de la comorbilidad del TDAH y TUS (Van de Glind, 2020). La revisión sistemática con metanálisis más reciente, publicada en 2023 por la *International Journal of Environmental Research and Public Health*, encontró que la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad es de 21% en población con trastorno por consumo de sustancias (Rohner, 2023).

CONCLUSIONES

Las principales causas de muerte en México están relacionadas de forma causal con conductas de riesgo y con la falta de estilos saludables de vida. La relación del TDAH y el consumo de sustancias es un blanco de intervención para la prevención de trastornos mentales, emocionales y de conducta, así como la promoción de la salud en nuestra comunidad.

REFERENCIAS

- BITTER, I., MOHR, P., BALOGH, L., LÁTALOVÁ, K., KAKUSZI, B., STOPKOVÁ, P., ... & CZOBOR, P. (2019).** ADHD: a hidden comorbidity in adult psychiatric patients. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 11, 83-89.
- CHOI W-S, WOO Y.S., WANG S-M, LIM HK, BAHK W-M. (2022).** The prevalence of psychiatric comorbidities in adult ADHD compared with non ADHD populations: A systematic literature review.
- DU RIETZ, E., PETTERSSON, E., BRIKELL, I., GHIRARDI, L., CHEN, Q., HARTMAN, C., ... & KUJA-HALKOLA, R. (2021).** Overlap between attention-deficit hyperactivity disorder and neurodevelopmental, externalizing and internalizing disorders: separating unique from general psychopathology effects. *The British Journal of Psychiatry*, 218(1), 35-42.
- FARAONE, S., ASHERSON, P., BANASCHEWSKI, T. ET AL.** Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers* 1, 15020 (2015).
- FARAONE, S.V., BELLGROVE, M.A., BRIKELL, I. ET AL. (2024).** Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers* 10, 11. <https://doi.org/10.1038/s41572-024-00495-0>
- FARAONE, S.V., & LARSSON, H. (2019).** Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular psychiatry*, 24(4), 562-575.
- FRANKE, B., MICHELINI, G., ASHERSON, P., BANASCHEWSKI, T., BILBOW, A., BUITELAAR, J. K., ... & REIF, A. (2018).** Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *European Neuropsychopharmacology*, 28(10), 1059-1088.
- GRIMM, O., KRANZ, T. M. & REIF, A. (2020).** Genetics of ADHD: what should the clinician know? *Current psychiatry reports*, 22, 1-8.
- KATZMAN, M. A., BILKEY, T. S., CHOKKA, P. R., FALLU, A. & KLASSEN, L. J. (2017).** Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC psychiatry*, 17, 1-15.
- LI, L., ZHU, N., ZHANG, L., KUJA-HALKOLA, R., D'ONOFRIO, B. M., BRIKELL, I., ... & CHANG, Z. (2024).** ADHD pharmacotherapy and mortality in individuals with ADHD. *JAMA*, 331(10), 850-860.
- ROHNER, H., GASPAR, N., PHILIPSEN, A. & SCHULZE, M. (2023).** Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among substance use disorder (SUD) populations: Meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 20(2), 1275.
- UNODC, WORLD DRUG REPORT. (2023).** United Nations publication.
- VAN DE GLIND, G., BRYNTE, C., SKUTLE, A., KAYE, S., KONSTENIUS, M., LEVIN, F., ... & FRANCK, J. (2020).** The international collaboration on ADHD and substance abuse (ICASA): mission, results, and future activities. *European addiction research*, 26(4-5), 173-178.
- VASILIADIS, H. M., LUNGI, C., RAHME, E., ROCHETTE, L., GIGNAC, M., MASSAMBA, V., ... & LESAGE, A. (2024).** ADHD medications use and risk of mortality and unintentional injuries: a population-based cohort study. *Translational Psychiatry*, 14(1), 128.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2024).** Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2022).** WHO Mortality Database: interactive platform visualizing mortality data [Internet]. [cited 2022 Dec 19].

Más allá de la abstinencia: principios clínicos de reducción de daños para trastornos por uso de sustancias

Dr. Emmanuel Reynoso Haro¹

INTRODUCCIÓN

Como profesionales de la salud mental, nos enfrentamos diariamente al desafío de tratar pacientes con adicciones en un contexto donde las recaídas son comunes y la abstinencia total puede parecer un objetivo inalcanzable para muchos. La reducción de daños nos proporciona herramientas prácticas y estrategias efectivas para minimizar las consecuencias adversas del consumo de sustancias, mejorando significativamente la calidad de vida de nuestros pacientes y aumentando su compromiso con el tratamiento. La presente revisión examina cómo la incorporación de los principios de reducción de daños en la práctica clínica puede cambiar nuestro abordaje al tratamiento de las adicciones, ampliando las opciones terapéuticas disponibles y optimizando los resultados clínicos.

DEFINICIÓN DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

La reducción de daños es un enfoque pragmático y basado en evidencia que busca minimizar las consecuencias adversas asociadas al consumo de drogas, sin necesariamente exigir la abstinencia completa (Sue, 2021). Este paradigma reconoce la complejidad de la adicción y prioriza la salud y el bienestar del individuo sobre la erradicación inmediata del uso de sustancias. La reducción de daños se fundamenta en principios como la dignidad, los servicios centrados en el participante, la autonomía del paciente y el abordaje de factores socioculturales (Hawk et al., 2017).

1 Médico egresado de la Universidad de Guadalajara, con especialización en psiquiatría por el Instituto Nacional de Psiquiatría. Se desempeñó como médico psiquiatra en la Unidad de Hospitalización de Zapopan del Centro de Integración Juvenil.

IMPORTANCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

La incorporación de estrategias de reducción de daños en la práctica clínica es muy importante por varias razones:

1. *Ampliación del espectro terapéutico*: permite a los profesionales de la salud mental ofrecer más opciones de tratamiento que se adaptan a la disposición y capacidad del paciente para el cambio. Por ejemplo, en lugar de insistir en la abstinencia total, pueden proponerse metas intermedias como reducir la frecuencia de consumo.
2. *Mejora de la adherencia terapéutica*: al adoptar un enfoque no punitivo y centrado en el paciente, se fomenta una mayor participación en el tratamiento y se reduce el estigma asociado a los trastornos por uso de sustancias. Esto puede traducirse en que el paciente se sienta más cómodo compartiendo sus experiencias y dificultades sin temor a ser juzgado.
3. *Prevención de comorbilidades*: las estrategias de reducción de daños ayudan a prevenir complicaciones médicas y psiquiátricas asociadas al uso de sustancias, como infecciones, sobredosis y empeoramiento de trastornos mentales concurrentes. Un ejemplo sería proporcionar información sobre prácticas de inyección segura para reducir el riesgo de infecciones en usuarios de drogas inyectables.
4. *Alineación con principios éticos*: este enfoque respeta la autonomía del paciente y se adhiere al principio bioético

de no maleficencia, buscando minimizar el daño en situaciones donde la abstinencia puede no ser un objetivo inmediatamente alcanzable. Por ejemplo, puede trabajarse con el paciente para desarrollar estrategias de consumo más seguro mientras se avanza hacia metas de tratamiento a largo plazo.

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS

La reducción de daños se basa en dos principios esenciales que guían la práctica clínica:

1. Enfoque centrado

en el paciente y sin juzgarlo:

este principio reconoce la autonomía y dignidad de cada individuo, independientemente de su consumo de sustancias. Los profesionales de la salud deben ser empáticos y respetuosos, evitando juicios morales sobre el uso de drogas. Este enfoque facilita:

- a) El establecimiento de una alianza terapéutica sólida.
- b) Mayor apertura y honestidad del paciente sobre sus hábitos de consumo.
- c) Colaboración activa del paciente en el diseño e implementación de estrategias de reducción de daños.

Por ejemplo, en lugar de criticar a un paciente por su consumo de alcohol, el terapeuta podría preguntar: “¿Cómo crees que el alcohol está afectando tu vida? ¿Hay aspectos que te gustaría cambiar?”.

Como señala Sue (2021), “el paciente, no el proveedor, guía la conversación e identifica sus

propias prioridades de salud, que no necesariamente deben incluir abordar el uso de sustancias”. Los proveedores actúan como fuentes de información y orientación, ofreciendo opciones realistas para mejorar la vida de los pacientes.

2. Enfoque en la reducción de las consecuencias negativas del uso de drogas:

este principio prioriza la mitigación de los efectos adversos asociados al consumo de sustancias, en lugar de exigir la abstinencia inmediata como único objetivo. Implica:

- a) Identificar y priorizar los riesgos específicos para cada paciente.
- b) Implementar intervenciones graduales y pragmáticas para minimizar daños.
- c) Reconocer que cualquier paso hacia la reducción de daños es valioso, incluso si no se logra la abstinencia completa.

Por ejemplo, para un usuario de drogas inyectables, una intervención podría ser enseñarle técnicas de inyección más seguras o proporcionarle agujas limpias, reduciendo así el riesgo de infecciones.

La aplicación de estos principios en la práctica clínica requiere una reevaluación continua de los objetivos terapéuticos y flexibilidad en las estrategias de intervención. Los profesionales deben adaptar sus enfoques a las necesidades cambiantes de los pacientes, manteniendo un equilibrio entre la reducción de daños y la promoción de la salud mental integral.

Es importante destacar que estos principios no contradicen los objetivos tradicionales del

tratamiento de las adicciones, sino que los complementan, ofreciendo un marco más amplio y humano para abordar los trastornos por uso de sustancias en el contexto de la salud mental. Como señala Chang *et al.* (2023), este enfoque permite a los proveedores de atención médica “superar algunas de las barreras impuestas por el modelo médico e integrar con éxito la reducción de daños como un marco orientador hacia la prestación de atención”.

ESTRATEGIAS BREVES DE ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La entrevista motivacional (EM) es un enfoque centrado en el paciente que busca fortalecer la motivación personal para el cambio. En el contexto de la reducción de daños, las siguientes estrategias breves de EM son particularmente útiles:

- a) Uso de preguntas abiertas:
 - Ejemplo: “¿Qué le preocupa sobre su consumo de sustancias?”.
 - Fomenta la reflexión y la expresión del paciente sobre su situación.
- b) Escucha reflexiva:
 - Reflejar selectivamente las afirmaciones del paciente que indican motivación para el cambio.
 - Ejemplo: “Parece que está preocupado por cómo el consumo está afectando su trabajo”.
- c) Exploración de la ambivalencia:
 - Ayudar al paciente a examinar los pros y contras de su consumo actual.
 - Utilizar la técnica de “balanza decisional” para visualizar esta ambivalencia.

- d) Evocación de declaraciones *automotivadoras*:
- Incitar al paciente a expresar sus propias razones para considerar el cambio.
Ejemplo: “¿Qué beneficios podría obtener si redujera su consumo?”.
- e) Resumen y plan de acción:
- Sintetizar las reflexiones del paciente y colaborar en la elaboración de un plan de acción realista.
 - Enfocarse en objetivos alcanzables de reducción de daños, más que en la abstinencia total si el paciente no está preparado para ello.

Como señalan Chang *et al.* (2023), es importante que los proveedores de atención médica adopten un “enfoque centrado en el paciente y sin juzgarlo” durante estas evaluaciones. Esto implica reconocer que “el paciente es el experto en su propio uso de drogas” y que “el paciente, no el proveedor, impulsa la conversación e identifica sus propias prioridades de salud”.

La implementación de estas técnicas de estrategias breves de entrevista motivacional permite a los profesionales identificar eficientemente los patrones de uso de sustancias y fomentar la motivación para el cambio, sentando las bases para intervenciones de reducción de daños más específicas y personalizadas.

CONSIDERACIONES PSIQUIÁTRICAS EN LA REDUCCIÓN DE DAÑOS

La implementación de estrategias de reducción de daños en pacientes con trastornos por uso de sustancias (TUS) requiere una

atención especial a los aspectos psiquiátricos concurrentes. Es crucial que los profesionales de salud mental tengan en cuenta las siguientes áreas:

1. Manejo de trastornos de salud mental concurrentes:

La comorbilidad entre TUS y otros trastornos psiquiátricos es muy común y complica tanto el diagnóstico como el tratamiento. Los profesionales de salud mental deben considerar:

- a) Diagnóstico diferencial:
- Diferenciar entre síntomas inducidos por sustancias y trastornos psiquiátricos independientes. Ejemplo: distinguir entre una depresión clínica y un estado de ánimo deprimido causado por la abstinencia de estimulantes.
 - Utilizar periodos de abstinencia supervisada, cuando sea posible, para aclarar el diagnóstico. Ejemplo: observar al paciente durante una desintoxicación hospitalaria para evaluar si los síntomas psicóticos persisten sin el consumo de sustancias.
- b) Tratamiento integrado:
- Abordar simultáneamente el TUS y el trastorno psiquiátrico concurrente. Ejemplo: tratar la ansiedad social y el abuso de alcohol al mismo tiempo, ya que pueden estar interrelacionados.
 - Adaptar las intervenciones farmacológicas considerando las posibles interacciones con sustancias de abuso. Ejemplo: evitar benzodiazepinas en pacientes con TUS por alcohol, optando por alternativas como la hidroxizina o gabapentina para la ansiedad.

- c) Terapias específicas:
- Terapia dialéctica conductual (TDC) para pacientes con trastorno límite de la personalidad y tus. Ejemplo: enseñar habilidades de regulación emocional para manejar tanto la inestabilidad afectiva como los impulsos de consumo.
 - Terapia cognitivo-conductual integrada para trastornos de ansiedad o depresión concurrentes con tus. Ejemplo: trabajar en la reestructuración cognitiva de pensamientos negativos que pueden llevar tanto a síntomas depresivos como al consumo de sustancias.
- d) Monitoreo continuo:
- Evaluar regularmente la evolución de ambas condiciones, ajustando el tratamiento según sea necesario. Ejemplo: llevar a cabo evaluaciones mensuales de síntomas depresivos y patrones de consumo, ajustando la medicación o las intervenciones de prevención de recaídas según los resultados.

Este enfoque integral permite a los profesionales de salud mental abordar de manera efectiva la complejidad de los casos donde coexisten TUS y otros trastornos psiquiátricos, mejorando así los resultados del tratamiento y la calidad de vida de los pacientes.

IMPLEMENTACIÓN PRÁCTICA EN ENTORNOS CLÍNICOS

La integración efectiva de estrategias de reducción de daños en la práctica clínica requiere un enfoque sistemático y colaborativo. Los profesionales de

salud mental deben considerar los siguientes aspectos clave:

1. Integración de la reducción de daños en los planes de tratamiento

- a) Evaluación integral:
- Hacer una evaluación biopsicosocial completa que incluya:
 - Patrones de uso de sustancias
 - Comorbilidades psiquiátricas
 - Factores de riesgo y protección
 - Utilizar herramientas estandarizadas como el Addiction Severity Index (ASI) para cuantificar la gravedad en múltiples dominios. Ejemplo: el ASI puede ayudar a identificar áreas prioritarias como problemas legales o familiares relacionados con el consumo.
- b) Establecimiento de objetivos graduales:
- Colaborar con el paciente para definir metas realistas y escalonadas de reducción de daños. Ejemplo: para un paciente con trastorno por uso de opioides, un objetivo inicial podría ser cambiar de la inyección a la administración oral, antes de considerar la abstinencia.
- c) Personalización de intervenciones:
- Adaptar las estrategias de reducción de daños al perfil único de cada paciente, considerando sus preferencias, recursos y barreras. Ejemplo: para un paciente sin hogar que consume alcohol, una estrategia inicial podría ser proporcionar acceso a un refugio que no exija abstinencia.
 - Incorporar intervenciones motivacionales para fomentar

el compromiso con el tratamiento. Ejemplo: utilizar la entrevista motivacional para explorar las razones del paciente para considerar cambios en su consumo.

- d) Monitoreo y ajuste continuo:
- Implementar un sistema de seguimiento regular para evaluar la eficacia de las intervenciones de reducción de daños.
 - Utilizar indicadores objetivos y subjetivos para medir el progreso. Ejemplo: • Objetivo: pruebas toxicológicas para verificar la reducción en el uso de sustancias. • Subjetivo: autoinformes de calidad de vida o cuestionarios de satisfacción con el tratamiento.
- e) Documentación estructurada:
- Desarrollar plantillas de planes de tratamiento que incorporen explícitamente objetivos y estrategias de reducción de daños. Ejemplo: incluir una sección específica en el plan de tratamiento para “Estrategias de reducción de daños” con objetivos medibles.
 - Asegurar que la documentación refleje el razonamiento clínico detrás de las decisiones de tratamiento, especialmente cuando se desvían de los enfoques tradicionales de abstinencia. Ejemplo: documentar por qué se optó por un programa de mantenimiento con metadona en lugar de un enfoque de abstinencia total para un paciente específico.

Esta estructura ayuda a los profesionales de salud mental a implementar de manera

sistemática y efectiva las estrategias de reducción de daños, asegurando un enfoque personalizado y basado en evidencia para cada paciente.

2. Colaboración con especialistas en adicciones y servicios de apoyo

- a) Establecimiento de redes de derivación:
- Crear y mantener relaciones con centros especializados en adicciones, incluyendo programas de tratamiento ambulatorio intensivo y comunidades terapéuticas.
 - Desarrollar protocolos claros para la derivación y el intercambio de información clínica.
- b) Integración de servicios de reducción de daños:
- Colaborar con programas locales de intercambio de jeringas, sitios de consumo supervisado y servicios de análisis de sustancias.
 - Facilitar el acceso de los pacientes a estos servicios mediante derivaciones directas y acompañamiento si es necesario.
- c) Participación en equipos multidisciplinarios:
- Fomentar la creación de equipos de tratamiento que incluyan psiquiatras, médicos de adicciones, enfermeras especializadas, trabajadores sociales y consejeros en adicciones.
 - Implementar reuniones regulares de equipo para discutir casos complejos y coordinar intervenciones.
- d) Colaboración con grupos de apoyo mutuo:

- Establecer relaciones con grupos como Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos, así como con grupos específicos de reducción de daños.
 - Educar a los pacientes sobre las opciones disponibles y facilitar su participación en estos grupos.
- e) Capacitación cruzada y educación continua:
- Organizar y participar en sesiones de formación conjunta con especialistas en adicciones para mejorar la comprensión mutua y la coordinación de cuidados.
 - Mantenerse actualizado sobre las últimas evidencias en reducción de daños a través de conferencias y literatura especializada.
- f) Uso de tecnología para la coordinación:
- Implementar sistemas de historia clínica electrónica que permitan el intercambio seguro de información entre proveedores.
 - Utilizar plataformas de telemedicina para facilitar consultas conjuntas y seguimiento de pacientes en áreas remotas.

La implementación efectiva de estrategias de reducción de daños

en entornos clínicos requiere un enfoque sistemático y colaborativo. Al integrar cuidadosamente estas estrategias en los planes de tratamiento y colaborar estrechamente con especialistas en adicciones y servicios de apoyo, los psiquiatras pueden proporcionar una atención más integral y efectiva a pacientes con trastornos por uso de sustancias. Este enfoque no solo mejora los resultados clínicos, sino que también promueve una mayor retención en el tratamiento y una mejor calidad de vida para los pacientes.

CONCLUSIÓN

En conclusión, la incorporación de los principios de reducción de daños en la práctica clínica de salud mental ofrece un enfoque más humano, efectivo y basado en evidencia para el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias. Este paradigma no solo mejora los resultados clínicos, sino que también promueve una mayor retención en el tratamiento y una mejor calidad de vida para los pacientes. A medida que avanzamos en el campo de la salud mental y las adicciones, es fundamental que los profesionales de la salud continúen explorando, implementando y refinando estas estrategias para ofrecer la mejor atención posible a sus pacientes.

REFERENCIAS

- ANDREW, S., HUHN, CASSANDRA & D., GIPSON. (2021). Promoting harm reduction as a treatment outcome in substance use disorders. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 29(3): 217-218. DOI: 10.1037/PHA0000494
- AVINASH, R., GREG, B. & CHRISTOPHER, W. (2022). Harm Reduction: Not Dirty Words Any More. *Psychiatric Clinics of North America*, 45 3(3): 529-546. DOI: 10.1016/j.psc.2022.04.005
- CHANG, J. E., LINDENFELD, Z. & HAGAN, H. (2023). Integrating Harm Reduction into Medical Care: Lessons from Three Models. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 36(3), 449-461.
- GONZÁLEZ PORTILLO, A. & ROBLES SOTO, N. (2020). Guía breve para la implementación del enfoque de reducción de riesgos y daños con usuarios de drogas. Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/salud/conadic>
- HAWK, M., COULTER, R. W., EGAN, J. E., FISK, S., REUEL FRIEDMAN, M., TULA, M. & KINSKY, S. (2017). Harm reduction principles for healthcare settings. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 1-9.
- ÍKBAL, G. (2024). A preventive mental health service for substance use disorder: harm reduction. DOI: 10.51271/jncr-0004
- MORAN, M., STERNBERG, K. & ZWIEBEL, S. (2023). Harm Reduction Approach to Substance Use Provides Realistic Support for Patients. *Psychiatric News*. <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2024.03.3.12>
- MORAN, M., STERNBERG, K. & ZWIEBEL, S. (2023). Harm Reduction Approach to Substance Use Provides Realistic Support for Patients. *Psychiatric News*. <https://doi.org/10.1176/appi.pn.2024.03.3.12>
- SUE, K. L. (2021). Supporting Any Positive Change: Harm Reduction as an Integral Pillar of Opioid Use Disorder Treatment. In S. E. Wakeman & J. D. Rich (Eds.), *Treating Opioid Use Disorder in General Medical Settings* (pp. 143-155). Springer.

Mapeo situacional de consumo de sustancias psicoactivas en Jalisco 2023

Ing. Héctor Enrique Maury Hernández¹
Dra. Carmen Leticia Aranda Gómez²
Mtra. Blanca Gabriela López Maciel³
Mtro. Francisco Javier Anguiano Amezcua⁴

Este informe presenta los mapas correspondientes a las cuatro sustancias de mayor consumo en el estado de Jalisco. Asimismo, se detalla la droga de mayor prevalencia en cada municipio.

1. Alcohol
2. Cannabis
3. Estimulantes de tipo anfetamínico (ETA)
4. Tabaco

METODOLOGÍA

En 2023 ingresaron a un centro de atención 7,092 usuarios de sustancias psicoactivas, de los cuales 6,789 refieren ser residentes de Jalisco. Este informe se fundamenta en los datos proporcionados por las personas usuarias de sustancias psicoactivas internadas en establecimientos de atención a adicciones y que reportan al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). En la cédula que aplican se enumeran hasta diez sustancias consumidas, lo que permite determinar la cantidad de usuarios para cada sustancia psicoactiva.

Se contabiliza el número de usuarios según el tipo de sustancia y el municipio de residencia, y con este valor se calcula la tasa, multiplicando el número de usuarios por 100,000 y dividiéndolo entre el número de habitantes de 12 años y más de cada municipio.

Aunque existen diversas metodologías para establecer los valores límite, como la media, la desviación estándar y los diagramas de caja y bigotes, en el ámbito de las adicciones, al ser una enfermedad multicausal, no se ha diseñado un método para

- 1 Responsable del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones en Jalisco.
- 2 Directora general del Consejo Estatal Contra las Adicciones en Jalisco.
- 3 Trabajadora social responsable de investigación.
- 4 Psicólogo clínico.

determinar un punto crítico que indique un problema epidemiológico de adicciones.

Para establecer los límites, en este informe se utilizó un método empírico. El valor máximo se divide entre tres para calcular el límite inferior (LI). El límite superior (LS) se obtiene multiplicando el límite inferior (LI) por dos. Así, el nivel bajo se define desde un valor mayor que cero hasta un tercio del valor máximo (LI). El nivel medio se establece desde un valor mayor al LI hasta el límite superior (LS). El nivel alto corresponde a valores mayores al LS.

Quedando:

Nivel	Rangos
Alto	> LS
Medio	>LI y <=LS
Bajo	>0 y <=LI
Sin reporte	0

Ejemplo: si el valor máximo es 240 dividimos entre tres: $240/3=80$ el límite inferior sería 80 el límite superior sería $2*LI = 2*80 = 160$

Nivel	Rangos
Alto	>160
Medio	>80 y <=160
Bajo	>0 y <=80
Sin reporte	0

Una vez establecidos los límites por sustancia psicoactiva y con la tasa de cada municipio, se determina en qué nivel se ubica y el color que le corresponde en el mapa.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se muestra el número de usuarios por tipo de sustancia psicoactiva y el porcentaje correspondiente de 6,789 (N) cédulas de los residentes del estado de Jalisco.

Como puede apreciarse, la droga con mayor consumo son los estimulantes de tipo anfetamínico (ETA) con 5,424 consumidores, que corresponde a 79.9%; seguido por el alcohol, con 4,579 usuarios, dando 67.4%; y en tercer lugar se ubica el tabaco, con 4,318 usuarios, que es 63.6%.

Tabla 1

Sustancia	Usuarios
Alcohol	4,579
Alucinógenos	368
Antidepresivos	6
Cannabis	3,881
Cocaína	2,228
ETA	5,424
Opioides	66
Tabaco	4,318
Tranquilizantes	767
Volátiles	992

En la Tabla 2 se muestra la población de 12 años y más por municipio y el número de identificación de cada municipio (ID) para ubicación en los mapas.

Tabla 2

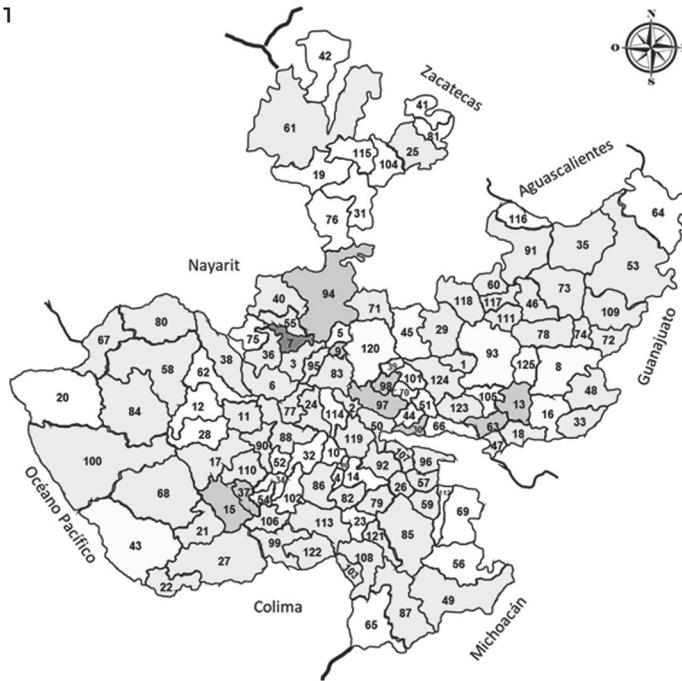
ID	Municipio	Población de 12 y más	ID	Municipio	Población de 12 y más
1	Acatic	25,390	34	Ejutla	2,275
2	Acatlán de Juárez	25,937	35	Encarnación de Díaz	59,556
3	Ahualulco de Mercado	23,777	36	Etzatlán	20,966
4	Amacueca	6,330	37	El Grullo	27,393
5	Amatitán	16,926	38	Guachinango	4,644
6	Ameca	63,970	39	Guadalajara	1,576,933
7	San Juanito de Escobedo	9,834	40	Hostotipaquillo	12,573
8	Arandas	87,771	41	Huejúcar	6,914
9	El Arenal	21,187	42	Huejuquilla el Alto	10,147
10	Atemajac de Brizuela	7,559	43	La Huerta	27,720
11	Atengo	6,059	44	Ixtlahuacán de los Membrillos	61,927
12	Atenguillo	4,335	45	Ixtlahuacán del Río	21,257
13	Atotonilco el Alto	67,661	46	Jalostotitlán	37,548
14	Atoyac	9,056	47	Jamay	26,231
15	Autlán de Navarro	66,096	48	Jesús María	21,272
16	Ayotlán	44,199	49	Jilotlán de los Dolores	11,052
17	Ayutla	13,843	50	Jocotepec	49,054
18	La Barca	73,094	51	Juanacatlán	15,431
19	Bolaños	9,098	52	Juchitlán	5,961
20	Cabo Corrientes	11,406	53	Lagos de Moreno	182,236
21	Casimiro Castillo	25,102	54	El Limón	5,653
22	Cihuatlán	49,704	55	Magdalena	25,185
23	Zapotlán el Grande	114,326	56	Santa María del Oro	2,583
24	Cocula	28,775	57	La Manzanilla de la Paz	4,137
25	Colotlán	21,038	58	Mascota	15,798
26	Concepción de Buenos Aires	6,820	59	Mazamitla	15,738
27	Cuatitlán de García Barragán	19,463	60	Mexicacán	6,364
28	Cuautla	2,389	61	Mezquitic	21,579
29	Cuquio	20,449	62	Mixtlán	3,984
30	Chapala	56,317	63	Ocotlán	105,146
31	Chimaltitán	4,277	64	Ojuelos de Jalisco	34,746
32	Chiquilistlán	6,814	65	Pihuamo	13,181
33	Degollado	24,785	66	Poncitlán	56,514

ID	Municipio	Población de 12 y más
67	Puerto Vallarta	313,807
68	Villa Purificación	12,765
69	Quitupan	9,408
70	El Salto	175,692
71	San Cristóbal de la Barranca	3,433
72	San Diego de Alejandría	7,637
73	San Juan de los Lagos	78,295
74	San Julián	19,102
75	San Marcos	4,226
76	San Martín de Bolaños	3,853
77	San Martín Hidalgo	29,466
78	San Miguel el Alto	37,747
79	Gómez Farías	16,501
80	San Sebastián del Oeste	6,066
81	Santa María de los Ángeles	3,965
82	Sayula	38,431
83	Tala	85,725
84	Talpa de Allende	16,094
85	Tamazula de Gordiano	42,324
86	Tapalpa	21,673
87	Tecalitlán	18,799
88	Tecolotlán	18,847
89	Techaluta de Montenegro	4,078
90	Tenamaxtlán	7,471
91	Teocaltiche	45,801
92	Teocuitatlán de Corona	11,759
93	Tepatitlán de Morelos	158,353
94	Tequila	46,354
95	Teuchitlán	10,798
96	Tizapán el Alto	23,706
97	Tlajomulco de Zúñiga	627,965
98	San Pedro Tlaquepaque	711,440
99	Tolimán	10,986
100	Tomatlán	40,335

ID	Municipio	Población de 12 y más
101	Tonalá	588,245
102	Tonaya	6,511
103	Tonila	7,812
104	Totatiche	4,691
105	Tototlán	25,289
106	Tuxcacuesco	4,801
107	Tuxcueca	7,219
108	Tuxpan	38,632
109	Unión de San Antonio	20,407
110	Unión de Tula	15,068
111	Valle de Guadalupe	7,731
112	Valle de Juárez	6,623
113	San Gabriel	18,119
114	Villa Corona	19,443
115	Villa Guerrero	6,198
116	Villa Hidalgo	21,648
117	Cañadas de Obregón	4,458
118	Yahualica de González Gallo	23,405
119	Zacoalco de Torres	31,825
120	Zapopan	1,455,098
121	Zapotitlic	33,207
122	Zapotitlán de Vadillo	7,344
123	Zapotlán del Rey	20,094
124	Zapotlanejo	76,274
125	San Ignacio Cerro Gordo	20,739

De esta forma se calculó la tasa por municipio, de acuerdo con el número de usuarios y sustancia psicoactiva. En función de los límites establecidos por droga se determinó el nivel en que se encuentra cada uno para mostrarlo en el mapa correspondiente.

Mapa 1



30

Nivel	Límites		Municipios	
Alto	>	78	9	7.1%
Medio	39	78	23	18.3%
Bajo	<	39	71	57.1%
Sin usuarios	=	0	1	0.8%
No reportaron			21	16.7%
			125	

ALCOHOL

Según el Mapa 1, Tequila es el municipio con la mayor incidencia de consumo de alcohol, con una tasa de 116 personas por cada 100,000 habitantes. Le sigue Chapala, con una tasa de 110 personas por cada 100,000 habitantes.

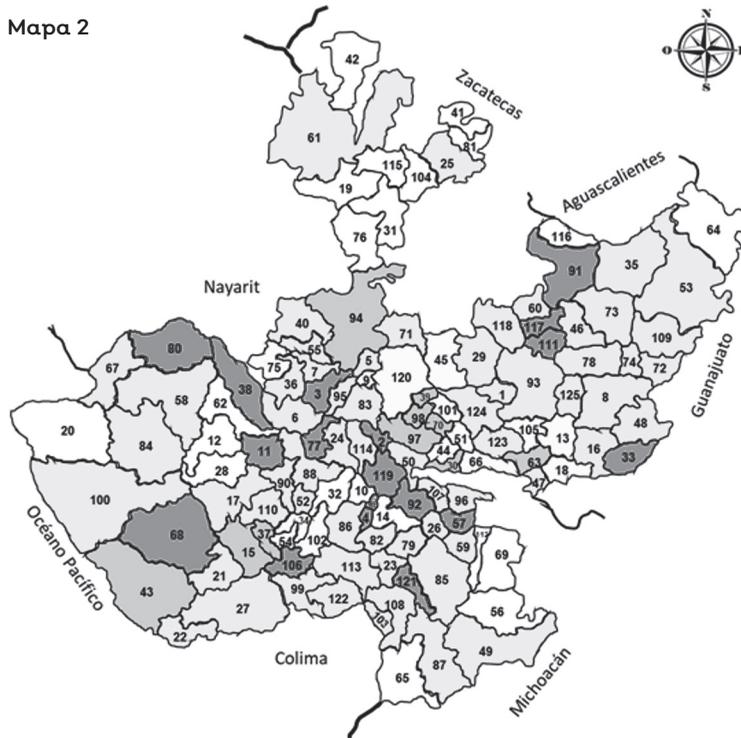
De los 125 municipios del estado, 23 (18.6%) tienen un nivel medio de consumo de drogas; 71 municipios (57.1%) están en un nivel bajo; y en un municipio (0.8%) no se dispone de información.

CANNABIS

Como se observa en el Mapa 2, los usuarios con mayor incidencia de consumo de cannabis pertenecen al municipio de Ocotlán, que tiene la mayor tasa con 92 personas por cada 100,000 habitantes. Le sigue Tlajomulco de Zúñiga, con una tasa de 85 personas, y en tercer lugar se encuentra La Huerta, con una tasa de 83 personas que consumen esta sustancia psicoactiva por cada 100,000 habitantes.

De los 125 municipios del estado, 14 de ellos (11%) están en el nivel medio

Mapa 2



Nivel	Límites		Municipios	
Alto	>	62	10	8.0%
Medio	31	62	14	11.2%
Bajo	<	31	62	49.6%
Sin usuarios	=	0	18	14.4%
No reportaron			21	16.8%
			125	

de consumo de drogas; 62 municipios (49.6%) están en el nivel bajo; y en 18 municipios (14.4%) no se tiene información.

COCAÍNA

El Mapa 3 revela que la mayor incidencia de consumo de cocaína se encuentra en el municipio de Tequila, con una tasa de 76 personas por cada 100,000 habitantes. Tlajomulco de Zúñiga sigue en segundo lugar, con una tasa de 52 personas, mientras que El Arenal ocupa el tercer lugar con una tasa

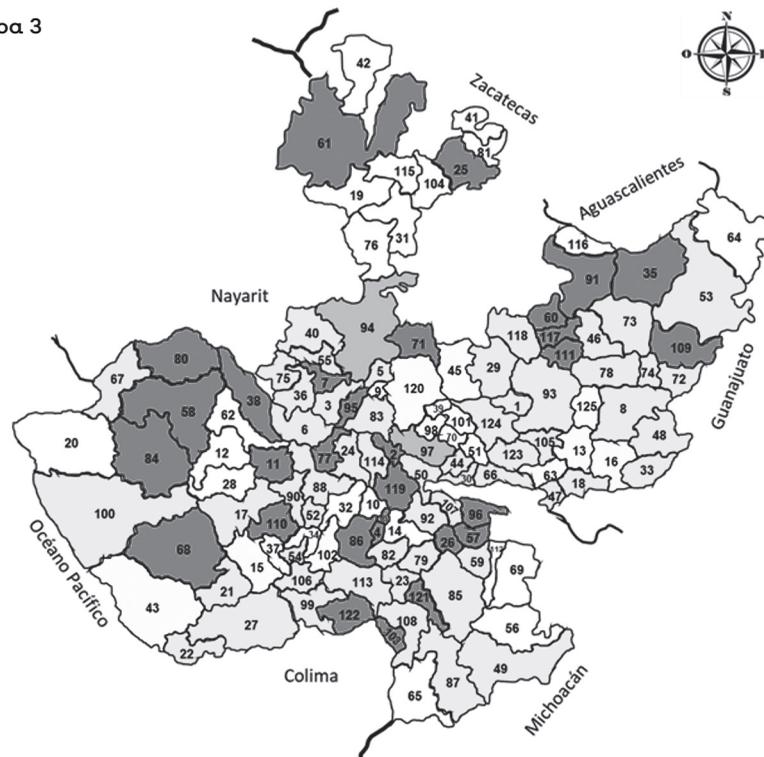
de 47 personas que consumen esta sustancia psicoactiva por cada 100,000 habitantes.

De los 125 municipios del estado, 17 de ellos (13.6%) están en el nivel medio de consumo de drogas; 55 municipios (44%) están en el nivel bajo; y en 30 municipios (24%) no se tiene información.

ESTIMULANTES DE TIPO ANFETAMÍNICO

Como se observa en el Mapa 4, los usuarios con mayor incidencia de consumo de ETA pertenecen al

Mapa 3



Nivel	Límites		Municipios	
Alto	>	50	2	1.6%
Medio	25	50	17	13.6%
Bajo	<	25	55	44.0%
Sin usuarios	=	0	30	24.0%
No reportaron			21	16.8%
			125	

municipio de Chapala, que muestra la mayor tasa con 286 personas por cada 100,000 habitantes. Le sigue Ocotlán, con una tasa de 255 personas, y en tercer lugar se encuentra La Huerta, con una tasa de 141 personas que consumen esta sustancia psicoactiva por cada 100,000 habitantes.

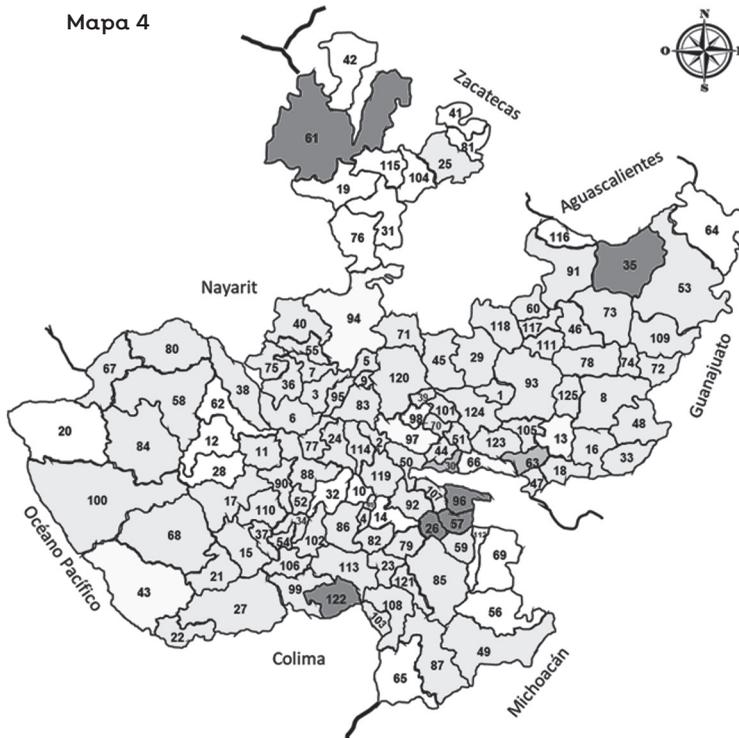
De los 125 municipios del estado, 6 de ellos (4.8%) están en el nivel medio de consumo de drogas; 90 municipios (72%) están en el nivel

bajo; y en 6 municipios (4.8%) no se tiene información.

TABACO

El Mapa 5 muestra que la mayor incidencia de consumo de tabaco se registra en Ocotlán, con una tasa de 181 personas por cada 100,000 habitantes. Le sigue Tequila, con una tasa de 108 personas, y en tercer lugar se encuentra Tlajomulco de Zúñiga, con una tasa de 99 personas consumidoras de esta sustancia

Mapa 4



Nivel	Límites		Municipios	
Alto	>	190	2	1.6%
Medio	95	190	6	4.8%
Bajo	<	95	90	72.0%
Sin usuarios	=	0	6	4.8%
No reportaron			21	16.8%
			125	

psicoactiva por cada 100,000 habitantes.

De los 125 municipios del estado, 12 (9.6%) presentan un nivel medio de consumo de drogas; 78 municipios (62.4%) tienen un nivel bajo; y en 13 municipios (10.4%) no se dispone de información al respecto.

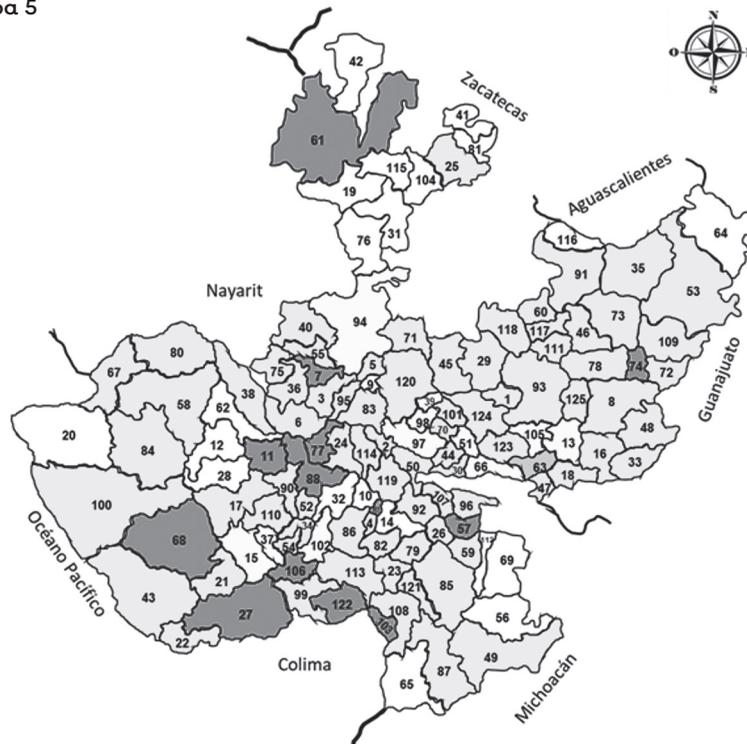
DROGA MÁS CONSUMIDA

Al considerar la tasa más alta de consumo de todas las drogas en cada municipio obtenemos el

Mapa 6, el cual revela la droga más consumida en cada región.

En primer lugar, los ETA predominan en 34 municipios, representando el 27.2% del total. A continuación, el alcohol es la droga más consumida en 26 municipios, lo que equivale al 20.8%. En tercer lugar, 22 municipios reportan el consumo predominante de dos drogas, lo que representa el 17.6%.

Mapa 5



34

Nivel	Límites		Municipios	
Alto	>	120	1	0.8%
Medio	60	120	12	9.6%
Bajo	<	60	78	62.4%
Sin usuarios	=	0	13	10.4%
No reportaron			21	16.8%
			125	

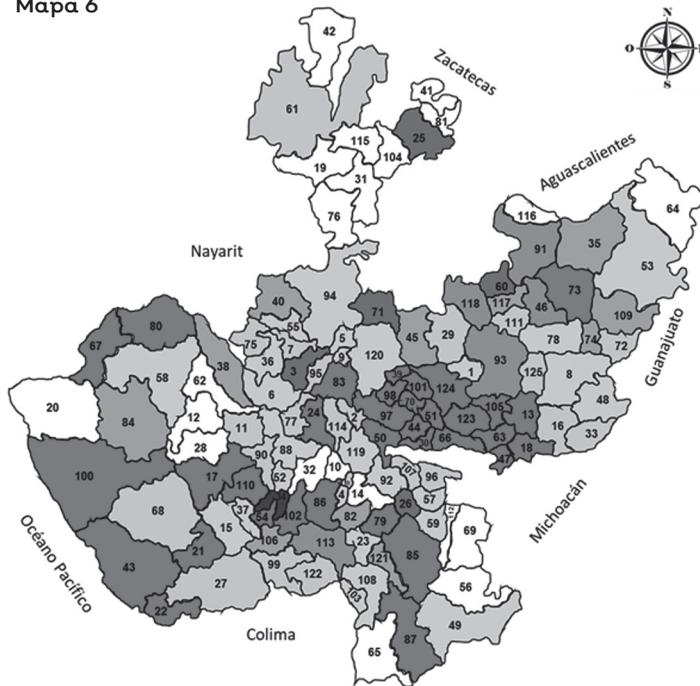
CONCLUSIONES

Este informe tiene como objetivo proporcionar a las y los tomadores de decisiones una comprensión más profunda sobre la situación del consumo de sustancias psicoactivas en Jalisco, con un enfoque científico.

El incremento en el uso de estimulantes de tipo anfetamínico indica la necesidad de abordar este problema desde tres enfoques principales:

- Prevención: implementar campañas permanentes que proporcionen a la juventud información actualizada y basada en evidencia científica sobre las consecuencias del consumo de estas sustancias.
- Tratamiento: difundir y promover los procedimientos médicos y psicológicos más efectivos para atender a las y los consumidores, con el

Mapa 6



Droga	Municipios	
ETA	34	27.2%
Alcohol	26	20.8%
Tabaco	5	4.0%
Dos drogas	22	17.6%
Tres drogas	11	8.8%
Cuatro drogas	5	4.0%
Cinco drogas	1	0.8%
No reportan	21	16.8%
	125	

objetivo de minimizar el daño asociado.

- Reinserción social: ofrecer apoyo integral a quienes han dejado de consumir para facilitar su reintegración funcional en la sociedad y prevenir recaídas.

Se espera que este informe sirva de base para que se seleccionen las mejores alternativas y para que las y los creadores de políticas públicas diseñen programas y estrategias informadas que mejoren la calidad de vida de las y los jaliscienses.

Declaración del autor

El presente artículo es original y no ha sido publicado previamente en ninguna revista física o digital. Tampoco está en proceso de publicación en otra revista y cuenta con la autorización plena de todos los autores que suscriben el documento.

Abrazando la lucha interna: apego, autolesiones, mentalización y la búsqueda de una vida sin violencia

Mtro. Daniel Gómez Hernández¹

INTRODUCCIÓN

36

En este artículo se hace una revisión teórica sobre la mentalización y apego en su relación con el fenómeno de las autolesiones. Se destaca la importancia del apego en el desarrollo de conductas autolesivas en la etapa adulta, especialmente cuando el apego es desorganizado. La mentalización es una habilidad humana que se va construyendo a lo largo de nuestra vida; no es innata. Las personas nacemos con una serie de circuitos neuronales que nos permite ir desarrollando la mentalización mediante el contacto interpersonal y consiste en la capacidad dinámica de percibir e interpretar nuestras acciones influenciadas por nuestros estados internos, al igual que tratar de comprender los estados internos de los demás. Sin embargo, este proceso puede presentar fallas o interferencias, lo cual puede resultar en la pérdida de la mentalización y enfocarse en la conducta interpersonal, el contexto que vive la persona y la posición subjetiva ante el reto existencial de realización.

Como menciona Fonagy (2016), la mentalización tiene un enfoque en el desarrollo y el apego, entre otras más, y es una característica innata en las personas que depende del entorno y se ve influenciada por las relaciones con los cuidadores.

¹ Es psicoterapeuta, investigador, maestro y encargado de la población universitaria con trastornos mentales en ITESO y es conferencista para profesionales y familiares sobre salud mental.

Los cuidadores desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de la habilidad de mentalización, ya que ayudan al niño a responder a sus cargas afectivas subjetivas. Sin embargo, experiencias de negligencia, violencia o falta de respuesta por parte de los cuidadores pueden generar un apego desorganizado, lo cual dificulta la capacidad de mentalizar adecuadamente y vuelve a la persona vulnerable al aumento de la angustia y a conductas autolesivas.

En la etapa adulta, cuando una emoción desregula a la persona, el proceso de mentalización se ve afectado y se actúa de manera impulsiva. Esto se debe a que se queda anclada en un modo afectivo donde las cogniciones están disminuidas y no permiten alternativas. Las autolesiones pueden considerarse como una falla en el sistema de mentalización, donde predomina una mentalización automática y estados no mentalizadores. Esta impulsividad puede ser activada por experiencias tempranas de apego donde se encuentran en la memoria actos traumáticos, como la negligencia, lo cual lleva a la toma de decisiones impulsivas, sin reflexión y que favorecen la autolesión.

Para facilitar la retoma de una mentalización reflexiva y prevenir una vida contra la violencia autodirigida (autolesiones) es importante proporcionar herramientas y recursos que permitan a las personas desarrollar la habilidad de reflexionar sobre sus pensamientos, emociones y acciones, lo que es la mentalización. Esto implica fomentar un entorno seguro y de apoyo donde las personas se sientan cómodas

expresando sus inquietudes y buscando ayuda cuando sea necesario. Además, es fundamental enseñar estrategias efectivas de resolución de conflictos y promover la empatía y la comprensión hacia los demás. Al abordar estas áreas se puede fortalecer la capacidad de mentalización y manejar de manera saludable los desafíos y dificultades de la vida, reduciendo así la probabilidad de recurrir a la violencia autodirigida.

MARCO TEÓRICO

Las autolesiones son una problemática compleja que han ganado visibilidad en los últimos años. Este fenómeno está afectando principalmente a la población adolescente y joven, pero puede mantenerse hasta la etapa adulta, lo que genera preocupación a nivel social y en la comunidad científica.

Para entender a fondo este tema es fundamental analizar las estadísticas que nos proporcionan información sobre la prevalencia y el impacto de las autolesiones en la sociedad. Estos datos nos permitirán comprender la magnitud del problema y su relación con otros factores, como el género, la edad y el entorno socioeconómico.

Asimismo, es importante profundizar en la teoría del apego, la cual sustenta que los vínculos afectivos tempranos entre personas cuidadoras y los individuos influyen de manera significativa en su desarrollo emocional y comportamental. El apego inseguro o desorganizado puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de conductas autolesivas, ya que la falta de una figura de apego segura puede generar sentimientos de abandono, desvalorización y soledad.

Por otro lado, la mentalización se presenta como una herramienta fundamental para comprender y regular nuestras propias emociones, así como las de los demás. La dificultad para mentalizar adecuadamente puede llevar a una interpretación errónea de los pensamientos y sentimientos propios, así como de los demás, generando una vulnerabilidad hacia las autolesiones como mecanismo de autorregulación emocional.

AUTOLESIONES

Para iniciar el tema de las autolesiones es pertinente hacer la pregunta ¿por qué la gente se lastima? Es un cuestionamiento de gran relevancia que debemos tener en cuenta cada vez que estamos en interacción con alguna persona que muestra una violencia autodirigida y poder plantearnos qué estará pasando por su cabeza y qué motiva este tipo de conductas.

El concepto de autolesiones puede llegar a abarcar varias características, por lo que en el artículo se utilizará el concepto de NSSI que menciona Nock (2009), este significa una destrucción directa y deliberada al propio tejido del cuerpo. Pueden existir ciertas conductas que entran en esta definición porque son dañinas, pero no son intencionadas (como el fumar váper o tabaco, que causa daño a los pulmones y puede llegar a desarrollar cáncer de pulmón, lengua, entre otros) y también las podemos encontrar en las conductas suicidas y autolesiones. Cabe mencionar que los tatuajes y perforaciones no son considerados dentro del concepto de NSSI.

Si nos remontamos a los aspectos de lo psicodinámico,

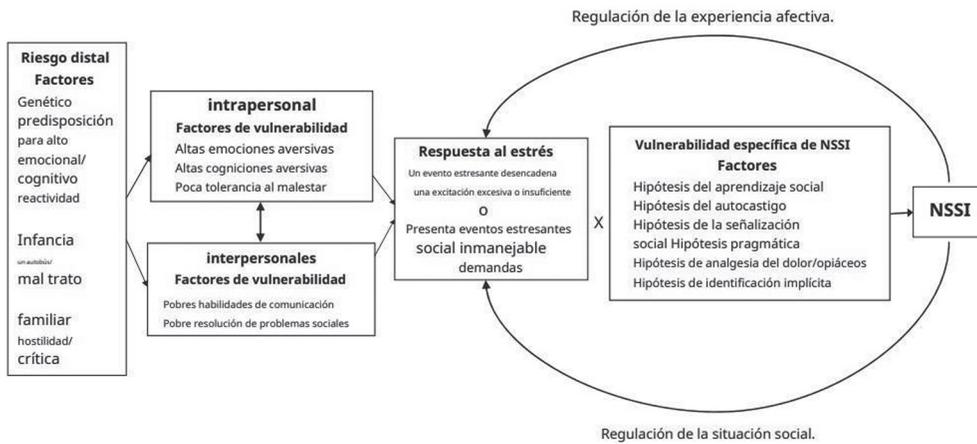
se expone que las conductas de autolesión son formas en las que la persona trata de controlar lo que en la teoría psicoanalítica se llaman impulsos sexuales o de muerte. Si contemplamos las conductas violentas autodirigidas desde un campo social, quitando los estudios, vemos cómo la mayoría de las personas que no cuentan con información consideran que es una forma de llamar la atención. Es interesante porque, aunque tengas la información, si es una situación que se vive de manera cercana, por el movimiento interno que provoca ver a un ser querido con esta conducta, podemos caer en un mecanismo de negación y pensar en esa falta de atención que grita el otro.

Nock menciona que la NSSI tienen una gran relación en muchas ocasiones con los trastornos psiquiátricos, por lo que muchas conductas se han llegado a conceptualizar como un síntoma que forma parte de las características de un trastorno psiquiátrico, como lo es el trastorno límite de personalidad. Al mismo tiempo, es importante subrayar que, aunque la persona practique estas conductas y lo tomemos como síntoma, proporciona poco poder explicativo.

A continuación se muestra un modelo teórico que integra los factores de desarrollo y de mantenimiento sobre la conducta de la autolesión no suicida “cutting” (Figura 1). El modelo, como podrá verse, se expone como una estrategia para regular las experiencias afectivas.

Este modelo deja en claro cómo las personas pueden encontrar estrategias o medios para poder regular sus vivencias emocionales

Figura 1. Modelo de desarrollo y mantenimiento



Fuente: Nock, M. K. 2009, p. 79.

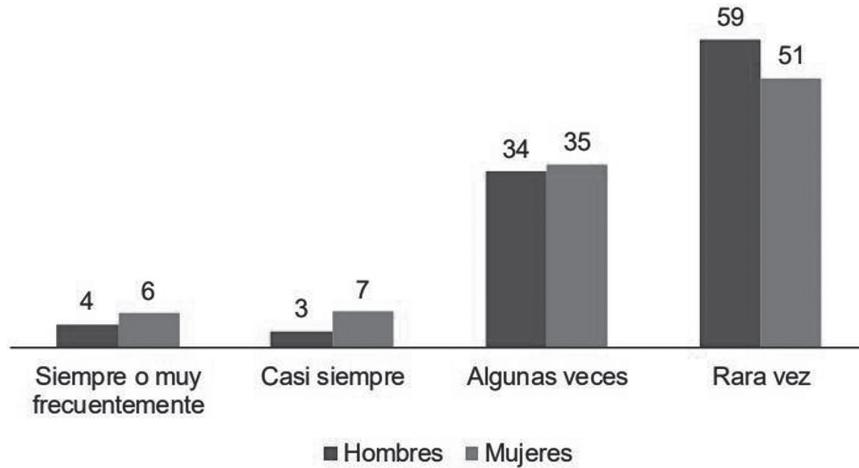
y cognitivas de un mundo interno, y mediante estas conductas poder comunicar algo o incluso poder influir en las personas del contexto. Los riesgos distales (factores de riesgo con variables ambientales y congénitas) son importantes a considerar, ya que algunos ejemplos de riesgos distales son (desesperanza como rasgo, déficit en la resolución de problemas, creencias y cogniciones suicidas, impulsividad como rasgo de personalidad y autoconcepto negativo) y estos favorecen a dificultades de comunicación y regulación emocional.

Joiner, Ribeiro y Silva (2012) nos dejan claro que actualmente estos modos de regulación y comunicación representan problemas de salud pública desconcertantes por su prevalencia. Ellos ofrecen una teoría interpersonal del suicidio, donde aclaran que las conductas de violencia autodirigida con intención suicida, o no, afectan a muchas personas.

En cuanto a la conducta no suicida, basados en los criterios de NSSI ya mencionados, sugiere que estas conductas se mantienen mediante un refuerzo intrapersonal o interpersonal de maneras ya sean negativas o positivas, que provoca un alivio del afecto negativo; y aquí surge otro cuestionamiento agregando al previo: ¿por qué la gente se lastima? Con esta información ahora debemos preguntarnos: ¿la conducta de autolesión o NSSI es un medio para aliviar estados aversivos o mejorar los positivos?

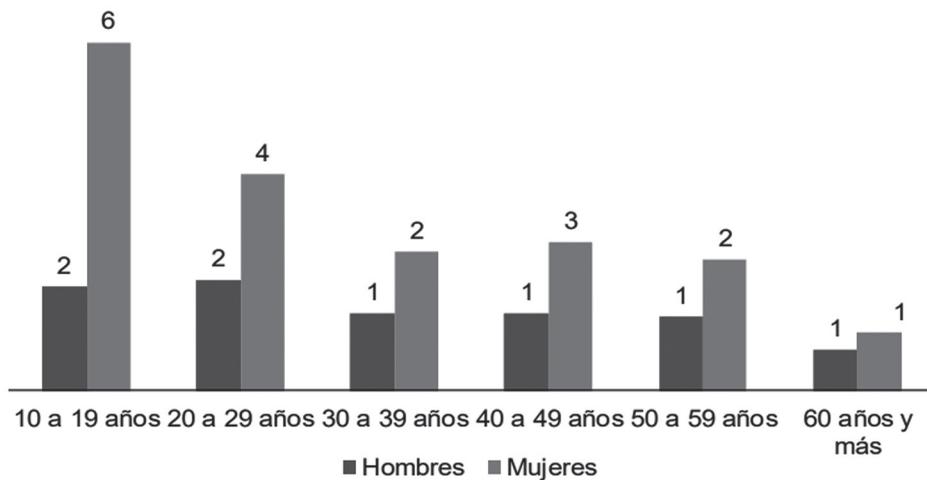
Para tener una mayor noción de la afectación que provocan las autolesiones se usará la base de datos de INEGI, donde se observan ciertas relaciones, como el hecho de que la práctica de mujeres se ha dado en 3% y en hombres un 1%, revelando que la violencia autodirigida en conducta de autolesión es más común en mujeres. Se destaca que, al considerar el sexo y edad dentro de esta conducta,

Figura 2. Distribución porcentual de la población de 10 años y más que ha pensado suicidarse por sexo y frecuencia de ideación suicida, 2018



Nota: la suma es menor a 100 debido al no especificado.
Fuente: INEGI. Encuesta nacional de salud y nutrición 2018.

Figura 3. Porcentaje de la población de 10 años y más que alguna vez a propósito se ha herido cortando, intoxicado o hecho daño con el fin de quitarse la vida, por grupo de edad y sexo, 2018



Fuente: INEGI. Encuesta nacional de salud y nutrición 2018.

6% de las mujeres están entre los 10 y 19 años, y 4% de 20 a 29; con los hombres el porcentaje más significativo es que 2% se presenta también en estos grupos de edad, como se observa en las figuras 2 y 3.

TEORÍA DEL APEGO

El principal precursor de la teoría del apego es John Bowlby. Se centró sobre todo en los estudios del apego infantil y pudo establecer teorías sobre cómo el infante tiende a desarrollar vínculos con otros, en especial con la figura materna, para poder sobrevivir, ya que el cachorro humano, a diferencia de los cachorros animales, no cuenta con las herramientas suficientes para sobrevivir y depende del cuidador principal.

Es interesante poder definir de una manera sencilla, pero abarcando toda su complejidad, lo que conlleva el apego, por lo que propongo poder entenderlo como una forma que tenemos los humanos para conectar con los demás, pero que es adaptable y cambiante a lo largo de la vida.

Bowlby (2009) postula que existen dos caminos en el aspecto del apego: el primario y el secundario. Cuando nos refiere sobre el primario se toma en cuenta el alimento que brinda la madre, aunque en el libro *Una base segura* se toma en cuenta a Melanie Klein, que habla sobre la madre como el primer objeto, dando, de igual modo, importancia a la oralidad y alimentación. El aspecto secundario se centra en los pensamientos y sentimientos que existen.

La conducta de apego, desde Bowlby, tiene como resultado el logro o la conservación de la conexión con otra persona que el individuo considera que tiene más habilidades

y con la que se siente identificado. Bowlby nos refiere que el apego se encuentra en toda nuestra vida y que puede verse obvia su activación en situaciones de emergencia, ya que en funciones biológicas se le atribuye la función de protección. La conducta de apego será entonces, para Bowlby, la diversidad de formas que tiene una persona para obtener o mantener la proximidad deseada con el otro, o, mejor dicho, para mantener su conexión.

Si tomamos en cuenta el experimento de “la situación extraña” de M. Ainsworth, que se hizo con niños de aproximadamente un año, podemos notar cómo el vínculo establecido con una persona que nos genera seguridad, o que nos brinda una base segura, ayuda al niño a explorar y poder conocer el mundo y su propia vida.

Cuando hablamos de un apego seguro podemos comprender a una persona que logra desarrollar una cierta confianza en una base segura (por lo general la madre, pero cualquiera puede ser esta base) le demuestra al niño que puede contar con la base segura y que está disponible para brindarle apoyo.

En cambio, en el apego inseguro (ansioso o evitativo) encontramos falta de confianza en la base segura, ya que internamente vive la base segura como alguien que no siempre estará ahí y que no brindará el apoyo necesario ante la situación.

En el apego desorganizado o ambivalente encontramos cómo la persona no encuentra una base segura y puede experimentar una gran angustia por ello. Incluso, aunque tenga a la persona que funge como base segura, no sabe qué hacer o cómo reaccionar ante este tipo de apego, sigue sintiendo mucha

angustia y la base segura no logra calmarla. Posiblemente las personas con este tipo de apego pasaron por situación de estrés o desequilibrio y la base segura fue inconsistente en su rol, por eso no sabe cómo reaccionar incluso cuando está.

Fonagy (2016) refiere que el apego desempeña un papel relevante para el desarrollo del autocontrol y regulación emocional, como también la habilidad de mentalizar, además de que el apego puede ser adaptativo dependiendo la situación o la persona. Fonagy

no lo considera como algo estático e inamovible, sino como algo que va, viene y puede cambiar.

MENTALIZACIÓN

Para Fonagy (2016), mentalización es un modelo que ha logrado cambiar poco a poco y que constantemente se encuentra en actualización. Muchos de los avances que ha ido presentando el modelo están más centrados en psicología del desarrollo, en la psicopatología y la neurociencia. La mentalización es un concepto en donde se hace referencia a la capacidad de comprensión sobre las acciones de los demás y de uno mismo, como también de los pensamientos, sentimientos, deseos y anhelos. La mentalización es una capacidad humana que está presente en nuestras interacciones.

Cuando hablamos de una pérdida de la mentalización no existen interacciones sociales funcionales ni reciprocidad en las mismas, la persona no siente seguridad personal y el *self* se ve afectado. Es por eso que en gran medida la mentalización brinda herramientas para poder tomar conciencia de los propios estados mentales y tener

en cuenta los de los demás. Cuando se habla sobre estados mentales se refiere a las creencias, los deseos, sentimientos y pensamientos que están dentro y fuera de la conciencia, que influyen completamente en nuestra conducta. Como se mencionó antes, no todas las personas somos capaces de mentalizar de la misma manera e intensidad; todos los seres humanos tenemos fortalezas y debilidades en aspectos de mentalizar, pero es importante recalcar que tenemos momentos de estrés, ansiedad o de angustia que nos generan problemas.

La mentalización exige ciertos procesos cognitivos complejos que principalmente son preconscientes, es una actividad imaginaria basada en las hipótesis de cómo los estados mentales influyen en la conducta, ya que es la manera de percibir e interpretar. Estos estados mentales se llaman “opacos”, ya que solamente se puede manejar desde suposiciones o inferencias. Estas inferencias pueden ser erróneas, por lo que es común que la mentalización pueda también serlo en algunos momentos. La mentalización puede acarrear estas equivocaciones, pero se centra más en lo que concierne respecto a la representación de la realidad y la no realidad en sí, más que en los aspectos físicos, esto refiere a podernos ver a nosotros desde el exterior y a los demás desde el interior. Visto desde un foco más clínico, podríamos decir que la mentalización es centrarse en la mente. Es por eso que este concepto parte de la idea de la comprensión de los demás desde nuestros estados mentales.

DESARROLLO DEL CONTENIDO

Fonagy (2016) expone sobre cómo en la mentalización encontramos cierta naturaleza multidimensional, donde los neurocientíficos encuentran cuatro dimensiones:

1. Mentalización controlada vs. automática
2. Mentalización sobre otros vs. uno mismo
3. Mentalización de estados internos vs. estados externos
4. Mentalización cognitiva vs. afectiva

Es interesante hablar de la mentalización automática en contra de la controlada, ya que la controlada es un proceso lento que normalmente es oral, donde conlleva una reflexión, atención, conciencia, intención y esfuerzo; se utiliza en errores y malentendidos. En cambio, la automática es rápida, como si fuese un efecto, y tiene poca atención, conciencia e intención, por lo que se ve reducida, sobre todo cuando se activa el apego (es importante mencionar que el estrés, la ansiedad o cuando un estado emocional es sumamente intenso, especialmente en un contexto de apego, trae en primer plano la mentalización automática que inhibe el control de la mentalización reflexiva).

La mentalización sobre otros y sobre uno mismo se refiere a ciertas dimensiones del propio estado del *self* o el estado de los demás, y encontramos que estas dos dimensiones se relacionan desde desequilibrio, ya que enuncia una vulnerabilidad para mentalizar los estados de los demás y de uno mismo. Cuando una persona se encuentra completamente en el foco

del otro, existe lo que puede llamarse un “contagio emocional”, que tiende a usar la lectura de mentes ajenas sin comprensión (sé lo que el otro piensa) y puede abusar del otro o verse abusado, mientras que el foco a uno mismo desde el otro polo cae en una hipermentalización (sobrepensar), interés o capacidad limitada para percibir los estados de los demás.

En la mentalización interna vs. la externa, la primera tiene que ver con formular juicios de los estados mentales basados en estados internos, y la externa es la tendencia a hacer juicios basándose en las percepciones y características externas. Por último, en la cognitiva vs. la afectiva puede entenderse que, desde el foco cognitivo, podemos encontrar la tendencia a considerar la lectura de mente como un mejor juego intelectual y racional, asociado a una menor empatía emocional y comprensión en términos de percepciones. Mientras que el afectivo es la hipersensibilidad en las señales emocionales, con una tendencia a verse desbordado y las comprensiones en términos de preposiciones *self*-afecto.

Encontramos otros conceptos que entran en lo que se conoce como modos no mentalizadores, donde se encuentran fallos en la mentalización, como la equivalencia psíquica, donde la dimensión interna es igualada a la externa; podríamos decir que es cuando lo que se piensa lo vemos como la única realidad. El modo teológico se centra completamente en la dependencia de lo que es solamente observable y físico, su focalización está completamente en lo externo y el modo simulado, donde se encuentran creencias

simultáneamente, pero son contradictorias entre sí y hay un pobre razonamiento entre las creencias, deseos y vulnerabilidad a la fusión con los demás.

El concepto de *alien self* es de gran relevancia, ya que es un mecanismo que los terapeutas psicodinámicos llaman “identificación proyectiva”. Por lo general encontramos el *alien self* en personas que han llegado a experimentar ciertos maltratos, abusos o negligencias, y los estados mentales son repudiados. La pérdida de mentalización en este caso provoca inseguridad en el *self* y esto impacta en la persona de una manera tal que desestabiliza y no hay respuestas disponibles para las preguntas ¿quién soy?, ¿quiénes son ellos?, ¿qué quieren?, ¿cuál es mi lugar? Entonces la persona encuentra estos aspectos desestabilizadores, pero los ve en el otro y esto puede llegar a ser peligroso para una integridad individual.

La mentalización provoca que podamos tener una mayor coherencia en el *self*, por lo que las fallas de la mentalización pueden llegar a mostrar cierta fragmentación del mismo estado, lo que muestra un estado doloroso del cual las personas buscan protegerse a toda costa y como puedan. Es por eso que el aumento de la angustia y de la afectividad puede provocar un rompimiento de la mentalización funcional y así dar pie a fallos en la mentalización, lo que hará que se busque de alguna manera restaurar esta falta de coherencia. Cuando nos topamos con una conducta excesivamente controlada por parte de un infante con historia de vida donde puede

sospecharse de un apego de tipo desorganizado o ambivalente, puede observarse ciertas características de la identificación proyectiva, ya mencionada, que permite que la incoherencia que se genera internamente en el *self* se muestre a través de la externalización, que provoca una actuación de la misma representación en el exterior.

Se podría llegar a considerar el *alien self* como una característica de un modo de vulnerabilidad, ya sea por diferentes aspectos, vivencias, inseguridades, entre otros, y esto llega a frustrar las vivencias de la persona, se genera una incongruencia interna provocando un *alien self*, por lo que generar una posible coherencia con el modelo de la mentalización podrá beneficiar a salir y poder proyectar ese *alien self* a alguien en la realidad o, mejor dicho, en el mundo exterior.

Entonces, cuando nos encontramos con un *alien self*, o se genera, ubicaremos una discontinuidad provocada por un aspecto angustiante que afecta la incoherencia en la propia identidad de la persona, que lidia muchas veces externalizándolo. Las personas que han vivido ciertas situaciones complejas y adversas como negligencia o violencia, entre otras, pueden llegar a generar estados mentales malévolos, por lo que se encuentran en un estado hostil o persecutorio, de los cuales la persona va a tratar de librarse a toda costa para poder tener el ataque del propio *self*, donde se pueden encontrar las freudianas pulsiones de vida o muerte en función de la supervivencia del *self*.

La alternativa a una externalización eficaz o funcional terminará en una autocrítica

destructora que rompe la mentalización, se vuelve un aspecto sumamente persecutorio y se podría combinar en un estado de equivalencia psíquica ya mencionada. Además, con un estado teleológico representaría un peligro real; es decir, un riesgo físico donde podríamos encontrar la activación de autolesiones o de modos suicidas.

CONCLUSIONES

El modelo de mentalización ofrece una comprensión profunda de cómo las deficiencias en la capacidad de comprender y reflexionar sobre los estados mentales propios y ajenos pueden contribuir a comportamientos autolesivos. Este modelo, en conjunto con la teoría

del apego, destaca la importancia de relaciones tempranas seguras y estables para el desarrollo de una mentalización saludable. Promover un entorno que fomente la seguridad del apego y la capacidad de mentalización no sólo puede reducir las tasas de autolesiones, sino también contribuir a la construcción de un mundo sin violencia, donde los individuos sean capaces de gestionar sus emociones de manera saludable y empática. Así, invertir en intervenciones basadas en la mentalización y en la promoción de vínculos afectivos seguros puede ser un paso fundamental hacia la creación de sociedades más resilientes.

REFERENCIAS

- BOWLBY, J. (2009).** *Una base segura, la teoría del apego, aplicaciones clínicas de una teoría del apego.* Paidós.
- BOWLBY, J. (1984).** Violence in the family as a disorder of the attachment and caregiving systems. *American Journal of Psychotherapy*, 38(4), 408-417.
- FONAGY, A. B. (2016).** *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de personalidad.* Oxford University Press, Great Clarendon Street, United Kingdom: Editorial Desclee
- FONAGY, P. & TARGET, M. (2002).** Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 307-335.
- HUGHES, D. A. (2004).** Attachment-focused family therapy. WW Norton & Company.
- JOINER, T. E., RIBEIRO, J. D. & SILVA, C. (2012).** Nonsuicidal Self-Injury, Suicidal Behavior, and Their Co-occurrence as Viewed Through the Lens of the Interpersonal Theory of Suicide. *Current Directions in Psychological Science*, 21(5), 342-347. <https://doi.org/10.1177/0963721412454873>
- LANDA, S. & LYONS-RUTH, K. (2002).** The impact of childhood maternal violence and maternal caring on infant-mother attachment: A longitudinal study. *Infant Mental Health Journal*, 23(6), 641-669.
- MAIN, M. & HESSE, E. (1990).** Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp.161-182). University of Chicago Press.
- NOCK M. K. (2009).** Why do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Current directions in psychological science*, 18(2), 78-83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>
- ORG.MX. RECUPERADO EL 24 DE FEBRERO DE 2024** de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021_Nal.pdf
- SOLOMON, J. & GEORGE, C. (2016).** *Disorganized attachment and caregiving.* Guilford Press.

Patrones de consumo de sustancias psicoactivas entre personas hospitalizadas con trastornos psiquiátricos en el occidente de México

Jaime Carmona-Huerta^{1,2}, Santiago Castiello-de Obeso³
Andrea Aguirre-Ramírez¹, Sara Pérez-Muñoz¹
David Cardona-Müller², Fernando Grover-Páez²
Bertha Iñiguez-Carvajal¹, Jesús Alejandro Aldana-López¹
Israel Itzaman-Jiménez¹, Rafael Medina-Dávalos^{1†}

46

RESUMEN

Antecedentes

El uso de sustancias psicoactivas en personas con trastornos mentales es un desafío significativo para la salud pública mundial. Estas personas tienen una mayor incidencia de trastornos por uso de sustancias en comparación con la población general. Este estudio tuvo como objetivo identificar los patrones prevalentes de consumo de sustancias psicoactivas, estimar la severidad del consumo y determinar los factores asociados en personas hospitalizadas con trastornos psiquiátricos en el occidente de México.

Métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo revisando los expedientes médicos de 268 personas admitidas en un hospital psiquiátrico durante el año 2018. Los datos se recopilaron utilizando el formulario de Patrón de Consumo de Sustancias

1. Instituto Jalisciense de Salud Mental y Adicciones, Zapopan, Jalisco, México.
2. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México.
3. Departamento de Psicología Experimental, Universidad de Oxford, Guadalajara, México.

Psicoactivas (PCSPsi), que incluyó la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST) para evaluar la severidad del consumo. Se emplearon modelos de regresión logística multivariada para identificar factores asociados con el consumo de alcohol, cannabis y metanfetaminas.

Resultados

Las sustancias más comúnmente consumidas en los últimos 3 meses fueron tabaco (46.6%), alcohol (45.9%), cannabis (34.3%) y metanfetaminas (32.8%). El consumo severo, definido como una puntuación ASSIST ≥ 27 , fue más alto para metanfetaminas (48.9%) y cannabis (43.5%). Los modelos multivariados mostraron que la menor edad, el menor nivel educativo, el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias y el consumo concomitante de otras sustancias aumentaron el riesgo de consumo de cannabis y metanfetaminas.

Conclusiones

El consumo de sustancias psicoactivas, especialmente cannabis y metanfetaminas, es altamente prevalente entre las personas hospitalizadas con trastornos psiquiátricos en el occidente de México. Factores sociodemográficos y clínicos específicos se asocian con un mayor riesgo de consumo. Se requieren intervenciones dirigidas para abordar este problema de salud pública.

PALABRAS CLAVE

Trastornos por consumo de sustancias, comorbilidad, personas

hospitalizadas con trastornos psiquiátricos.

INTRODUCCIÓN

El uso de sustancias psicoactivas y su interacción con los trastornos mentales representa un desafío crítico para la salud pública global (Regier, 1990). Las personas con trastornos psiquiátricos tienen una prevalencia mayor de trastornos por uso de sustancias en comparación con la población general (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2019). Trastornos como los afectivos, de ansiedad, junto con trastornos psicóticos y de personalidad antisocial, muestran una alta comorbilidad con el uso de sustancias (Marín-Navarrete *et al.*, 2013).

Estudios previos han reportado prevalencias de trastornos por uso de sustancias entre personas con problemas de salud mental no hospitalizadas que oscilan entre el 20 y el 50% (Regier, 1990; Marín-Navarrete *et al.*, 2013; Ross & Peselow, 2012). Sin embargo, durante la admisión hospitalaria, estas tasas de comorbilidad pueden variar significativamente, de 23 a 75%, dependiendo del contexto geográfico y socioeconómico (Marín-Navarrete *et al.*, 2013; SAMH-SA & CSAT, 2005). Esta compleja interacción entre el uso de sustancias y las comorbilidades psiquiátricas es especialmente alarmante en adultos jóvenes, con vulnerabilidades de hasta el 61% en entornos residenciales (Chan *et al.*, 2008).

Aunque abundan investigaciones en países de altos ingresos, la evidencia en países de ingresos bajos y medios es limitada,

especialmente sobre el uso de sustancias entre personas hospitalizadas con trastornos psiquiátricos (Borges *et al.*, 2018). La falta de modelos explicativos que aborden la complejidad del uso de sustancias dentro de estas cohortes subraya la necesidad urgente de un análisis robusto.

Este estudio se propone llenar esta brecha al investigar los patrones prevalentes de consumo de sustancias, estimar la severidad del consumo y determinar factores asociados en personas hospitalizadas con trastornos psiquiátricos en el occidente de México. Los objetivos específicos son: 1) identificar los patrones más comunes de consumo de sustancias, 2) estimar la severidad del consumo, y 3) utilizar modelos estadísticos multivariados para determinar los factores asociados con el consumo de sustancias.

MÉTODO

Diseño del estudio y participantes

Este estudio observacional y retrospectivo se realizó mediante la revisión de los expedientes médicos de todas las personas admitidas en el Centro de Atención Integral en Salud Mental, Estancia Prolongada (CAISAME-EP) en el occidente de México durante el año 2018. El hospital, con 252 camas, atiende una población de entre 8 y 10 millones de personas en una amplia área geográfica.

De un total de 712 egresos en 2018, se obtuvo una muestra probabilística de 268 personas utilizando una fórmula que estima la prevalencia del consumo de sustancias. Se consideraron un error máximo aceptable del 5%,

una prevalencia estimada del 50% y un nivel de confianza del 95%.

Procedimientos del estudio

Se diseñó un formulario de recolección de datos denominado Patrón de Consumo de Sustancias Psicoactivas (PCSPsi), que incluyó la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST). Seis médicos tratantes fueron capacitados para completar el formulario, y tres trabajadores de la salud extrajeron los datos para integrarlos en una base de datos anónima.

Medidas

El estudio empleó un enfoque multifacético para evaluar las características de las personas y el riesgo asociado al uso de sustancias. Se utilizó el cuestionario ASSIST (WHO ASSIST Working Group, 2002; Humeniuk *et al.*, 2008), conocido por su precisión para detectar el consumo de diversas drogas, tanto a lo largo de la vida como en los últimos tres meses, incluyendo la severidad de su uso (0-3: bajo riesgo, 4-26: riesgo moderado, ≥ 27 : alto riesgo). Se recopilaron datos sociodemográficos (sexo, estado civil, ocupación, residencia, nivel educativo) y variables clínicas (edad, duración de la enfermedad, duración del tratamiento, número de hospitalizaciones, duración de la estancia, medicamentos prescritos al alta, y puntaje GAF al ingreso y al alta).

Análisis estadístico

Se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y medias y desviaciones estándar para las variables continuas. El nivel de significancia se

Tabla 1. Características sociodemográficas de las personas hospitalizadas con trastornos psiquiátricos

Variables	Frecuencia (%)
Sexo	
Masculino	165 (61.6)
Femenino	103 (38.4)
Estado civil	
Soltero	182 (67.9)
Casado/unión libre	50 (18.7)
Divorciado/separado	26 (9.7)
Viudo	10 (3.7)
Ocupación	
Empleado	36 (13.3)
Desempleado	234 (86.7)
Escolaridad	
Sin escolaridad	21 (7.8)
Primaria	106 (39.6)
Secundaria	87 (32.5)
Preparatoria	38 (14.2)
Licenciatura	16 (6.0)
Residencia	
Área metropolitana	167 (62.3)
Residente estatal	83 (31.0)
Otro estado	18 (6.7)

Tabla 2. Características clínicas y medidas del uso de sustancias de las personas hospitalizadas

Variables	Media (DE)
Años de escolaridad	8.0 (3.7)
Edad	36.5 (12.1)
Duración de la enfermedad (años)	9.0 (9.9)
Duración del tratamiento (años)	7.1 (9.6)
Hospitalizaciones en el último año	1.3 (0.8)
Hospitalizaciones a lo largo de la vida	3.4 (5.1)
Duración de la hospitalización (días)	28.2 (22.9)
Número de psicofármacos prescritos al alta	2.2 (0.9)
Puntuación gaf (ingreso)	17.1 (5.9)
Puntuación gaf (alta)	58.5 (13.5)

Tabla 3. Consumo de sustancias en los últimos tres meses

Sustancia	Consumo n (%)	No consumo n (%)
Tabaco	125 (46.6)	143 (53.4)
Alcohol	123 (45.9)	145 (54.1)
Cannabis	92 (34.3)	176 (65.7)
Metanfetaminas	88 (32.8)	180 (67.2)
Cocaína	28 (10.4)	242 (89.6)
Benzodiazepinas	19 (7.1)	249 (92.9)
Inhalantes	17 (6.3)	253 (93.7)
Alucinógenos	2 (0.7)	266 (99.3)
Opioides	1 (0.4)	267 (99.6)

fijó en $\alpha = 0.05$. Se aplicaron pruebas t de muestras independientes o pruebas U de Mann-Whitney según correspondiera. Los modelos de regresión logística multivariada se construyeron para explorar factores asociados con el consumo de alcohol, cannabis y metanfetaminas. Se utilizó un procedimiento de eliminación paso a paso hacia atrás basado en el Criterio de Información de Akaike (AIC) para identificar los predictores más significativos. Los análisis se realizaron con SPSS versión 25 y RStudio.

RESULTADOS

Características sociodemográficas y clínicas

La muestra incluyó 268 personas hospitalizadas en el Centro de Atención Integral en Salud Mental-Estancia Prolongada (CAISAME-EP) durante 2018. De estas personas, el 59.7% (n=160) eran hombres y el 40.3% (n=108) mujeres. La edad promedio fue de 34.2 años (DE = 9.6), con una distribución de edad que osciló entre los 18 y los 60 años. En cuanto al nivel educativo, el 46.6% (n=125) no completó la

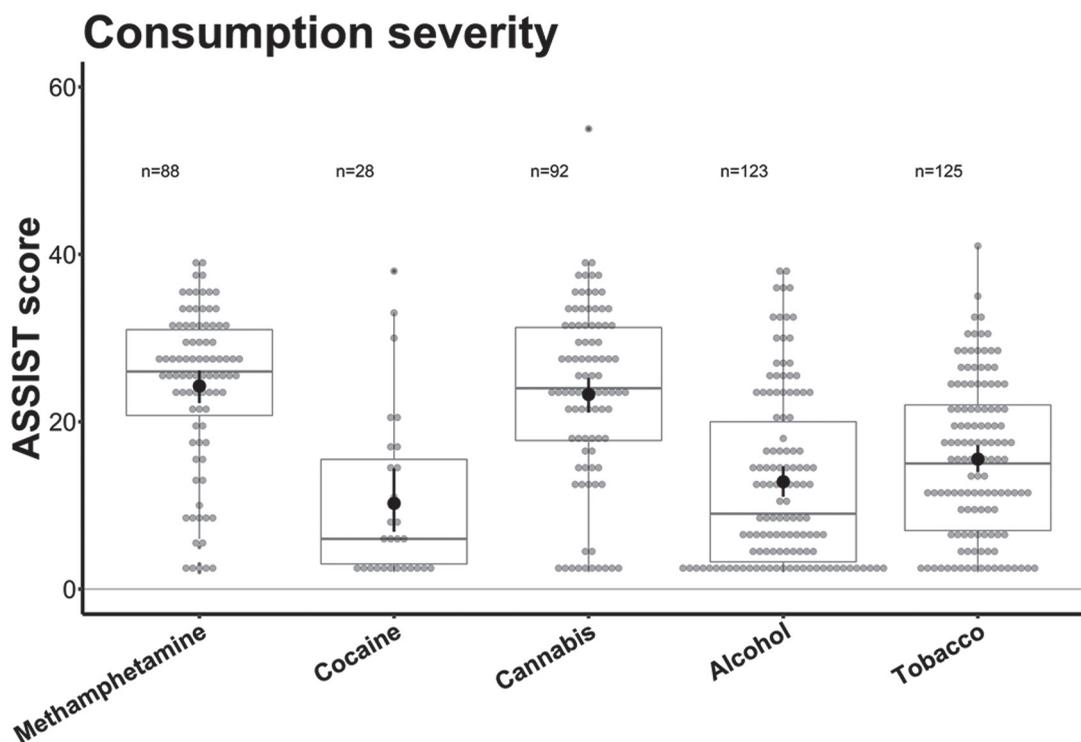
educación secundaria, mientras que el 20.9% (n=56) completó la educación secundaria, y el 32.5% (n=87) alcanzó un nivel de educación superior. Respecto al estado civil, el 51.5% (n=138) eran solteros, el 28.0% (n=75) casados, y el 20.5% (n=55) divorciados o separados.

Los diagnósticos psiquiátricos más prevalentes al ingreso fueron los trastornos psicóticos (41.4%, n=111), seguidos por los trastornos afectivos (31.7%, n=85) y los trastornos por ansiedad (17.9%, n=48). Un 22.4% (n=60) de las personas presentaba diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias. La duración media de la estancia hospitalaria fue de 28.6 días (DE = 14.3).

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

El tabaco fue la sustancia más consumida en los últimos 3 meses por el 46.6% (n=125) de las personas, seguido por el alcohol (45.9%, n=123), el cannabis (34.3%, n=92) y las metanfetaminas (32.8%, n=88). El consumo de sustancias ilícitas, aparte del cannabis y las metanfetaminas, fue reportado por un 15.3% (n=41) de la muestra.

Figura 1. Puntuaciones assist sobre la severidad del consumo por drogas de interés.



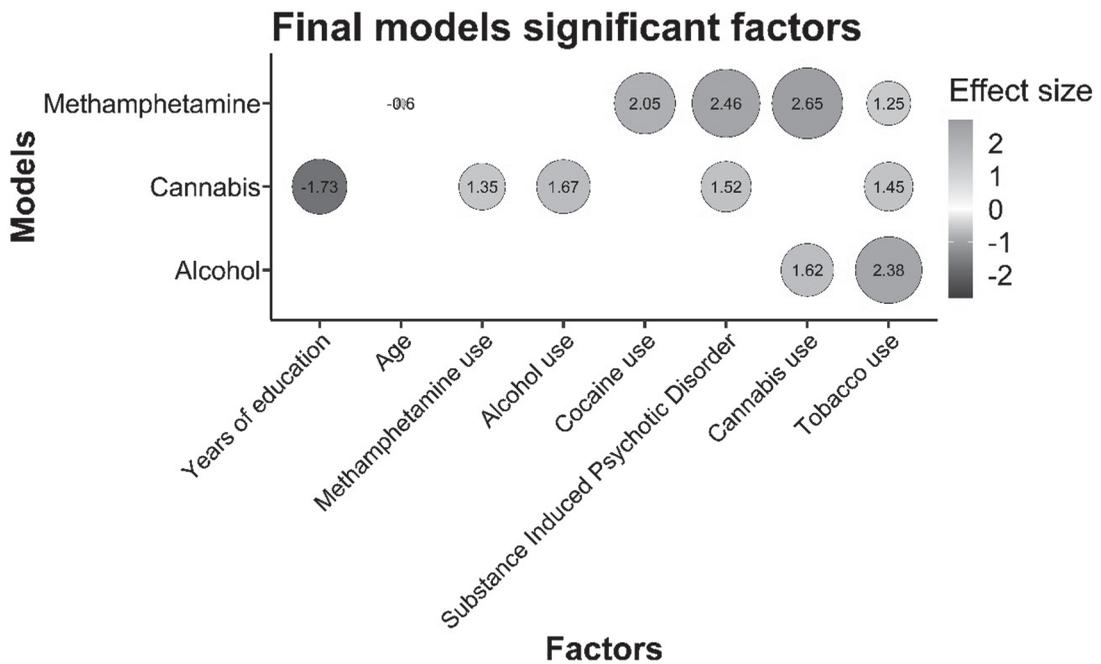
SEVERIDAD DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

La evaluación de la severidad del consumo, basada en las puntuaciones del ASSIST, reveló que el consumo severo (puntuación ≥ 27) fue más prevalente para metanfetaminas (48.9%, n=43) y cannabis (43.5%, n=40). El 38.5% (n=48) de las personas que consumían alcohol se encontraba en la categoría de riesgo moderado (puntuación 4-26), mientras que un 6.5% (n=8) fue clasificado en la categoría de alto riesgo. En contraste, el 31.4% (n=27) de los consumidores de tabaco presentó un uso de alto riesgo.

Este diagrama de caja muestra la distribución de las puntuaciones

ASSIST entre 268 personas hospitalizadas. Cada punto representa a una persona. El punto negro indica la media y las barras de error representan los errores estándar. Las puntuaciones ASSIST se utilizan para evaluar el riesgo de problemas de salud relacionados con el uso de sustancias. El eje horizontal representa la puntuación ASSIST, que varía de 0 a 80. El eje vertical representa el número de personas. El diagrama de caja muestra la mediana (punto negro), el rango intercuartil (RIC) entre los percentiles 25 y 75 (caja), y el rango de puntuaciones fuera del RIC (bigotes). Los puntos de datos más allá de los bigotes se consideran valores atípicos.

Figura 2. Efecto del consumo de metanfetaminas, cannabis y alcohol en los resultados de salud Mental



ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Los modelos de regresión logística multivariada identificaron varios factores asociados con el consumo de cannabis y metanfetaminas. Se encontró que la menor edad (OR = 1.67, IC 95%: 1.15-2.45), el menor nivel educativo (OR = 1.82, IC 95%: 1.27-2.61), y el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias (OR = 2.15, IC 95%: 1.54-3.02) estaban significativamente asociados con un mayor riesgo de consumo de cannabis. Además, el consumo concomitante de otras sustancias incrementó significativamente el riesgo de consumo de metanfetaminas (OR = 2.41, IC 95%: 1.62-3.59).

Los modelos finales también mostraron que la duración de la estancia hospitalaria no estaba significativamente asociada

con el consumo de ninguna sustancia específica ($p > 0.05$). Sin embargo, la edad y el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias mostraron una interacción significativa, sugiriendo que las personas más jóvenes con este diagnóstico tenían un riesgo particularmente elevado de consumo severo de sustancias.

EVALUACIÓN DE MODELOS Y AJUSTE ESTADÍSTICO

El ajuste de los modelos de regresión fue evaluado mediante el R-cuadrado de McFadden, que indicó un buen ajuste para los modelos de consumo de cannabis y metanfetaminas ($R^2 = 0.32$ y $R^2 = 0.37$, respectivamente). La prueba de Hosmer-Lemeshow no indicó problemas significativos de ajuste para ninguno de los modelos ($p > 0.05$). Además, las interacciones significativas en los

modelos sugieren que los factores sociodemográficos y clínicos influyen de manera compleja en el riesgo de consumo de sustancias en esta población.

En esta figura, se sintetizan los 3 modelos logísticos finales: (1) uso de metanfetaminas, (2) uso de cannabis y (3) uso de alcohol en los últimos tres meses. El eje y representa los 3 modelos, y el eje x los regresores (o factores predictivos) que sobreviven al algoritmo de reducción paso a paso del modelo. Cuando no hay círculos morados o naranjas, significa que el modelo no incluye ese factor como predictor. El tamaño del círculo representa el tamaño del efecto de un predictor, y el color indica la dirección del efecto.

DISCUSIÓN

Este estudio exploró los patrones de consumo de sustancias psicoactivas, la severidad del consumo y los factores asociados entre personas hospitalizadas con trastornos psiquiátricos en el occidente de México. Los resultados subrayan la alta prevalencia del consumo de sustancias, particularmente de metanfetaminas y cannabis, en esta población. Además, identificamos varios factores sociodemográficos y clínicos que se asociaron significativamente con el consumo de sustancias, lo que tiene implicaciones importantes para la atención clínica y las políticas de salud pública.

PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Los hallazgos revelan que el tabaco y el alcohol son las sustancias más comúnmente consumidas, seguidas por el cannabis y las metanfetaminas. Estos resultados

son consistentes con estudios previos que indican una alta prevalencia de consumo de estas sustancias en personas con trastornos mentales (Regier, 1990; Marín-Navarrete *et al.*, 2013; Chan *et al.*, 2008). Sin embargo, el uso de metanfetaminas destaca como un problema particularmente grave, con una alta proporción de personas que presentan un uso de alto riesgo según las puntuaciones del ASSIST. Esto es alarmante, dado el impacto bien documentado de las metanfetaminas en la exacerbación de síntomas psiquiátricos y la inducción de trastornos psicóticos (Borges *et al.*, 2018).

FACTORES ASOCIADOS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

La regresión logística multivariada identificó varios factores asociados con el consumo de sustancias. La menor edad y el menor nivel educativo fueron predictores significativos del uso de cannabis y metanfetaminas. Estos resultados sugieren que las personas más jóvenes y con menos educación pueden estar en mayor riesgo de desarrollar patrones de consumo perjudiciales, lo que coincide con la literatura que sugiere una mayor vulnerabilidad a la influencia social y al acceso a sustancias en estas subpoblaciones (Ross & Peselow, 2012; Chan *et al.*, 2008). Además, el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias se asoció fuertemente con el consumo de cannabis, lo que subraya la necesidad de monitorear y tratar agresivamente el consumo de sustancias en personas con este diagnóstico (Castaño Pérez *et al.*, 2016).

IMPLICACIONES CLÍNICAS Y DE SALUD PÚBLICA

Los resultados de este estudio tienen varias implicaciones clínicas y de salud pública. En primer lugar, la alta prevalencia de consumo de sustancias y el riesgo asociado en personas con trastornos psiquiátricos sugieren la necesidad de intervenciones específicas que aborden tanto el tratamiento de los trastornos mentales como la reducción del consumo de sustancias. Los programas de intervención deben considerar los factores sociodemográficos identificados, como la edad y el nivel educativo, para personalizar las estrategias de prevención y tratamiento.

Además, los hallazgos resaltan la importancia de incluir el monitoreo regular del consumo de sustancias en los protocolos de atención psiquiátrica, particularmente en hospitales de salud mental como el CAISAME-EP. La integración de la evaluación del consumo de sustancias con herramientas como el ASSIST en las rutinas clínicas podría mejorar la identificación temprana y el manejo del consumo perjudicial, reduciendo potencialmente la carga de las complicaciones relacionadas con el consumo de sustancias en esta población vulnerable (Subodh *et al.*, 2017).

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio tiene varias limitaciones que deben ser consideradas. Primero, la naturaleza retrospectiva del diseño limita la capacidad para establecer relaciones causales entre los factores identificados y el consumo de sustancias. Además,

la dependencia de los registros médicos puede haber introducido sesgos en la recolección de datos, y es posible que algunos casos de consumo de sustancias no se hayan documentado adecuadamente. Finalmente, el estudio se llevó a cabo en un solo hospital psiquiátrico, lo que puede limitar la generalización de los hallazgos a otras regiones o poblaciones.

CONCLUSIONES

Este estudio proporciona evidencia importante sobre los patrones de consumo de sustancias y los factores asociados en personas hospitalizadas con trastornos psiquiátricos en el occidente de México. La identificación de grupos de alto riesgo y factores predictivos clave puede guiar el desarrollo de intervenciones más efectivas y personalizadas para esta población. Sin embargo, se necesita más investigación para explorar cómo estos hallazgos pueden aplicarse en diferentes contextos y para desarrollar estrategias de intervención que aborden de manera efectiva el doble desafío de los trastornos mentales y el consumo de sustancias.

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Jalisciense de Salud Mental y Adicciones y a su director, el Dr. Jorge Antonio Blanco Sierra, por su apoyo en la realización de este trabajo, así como a la Universidad de Guadalajara por su contribución a la viabilidad del proyecto. Un agradecimiento especial al Dr. Rafael Medina Dávalos, cuya visión y liderazgo fueron fundamentales para el desarrollo de este proyecto.

REFERENCIAS

- BLADER, J.C. (2011). Acute Inpatient Care for Psychiatric Disorders in the United States 1996 Through 2007. *Arch Gen Psychiatry*, 68(12): 1276-83.
- BORGES G., BENJET C., OROZCO R., MEDINA-MORA M.E. (2018). A longitudinal study of reciprocal risk between mental and substance use disorders among Mexican youth. *J Psychiatr Res*, 105: 45-53.
- CARMONA-HUERTA, J., CASTIELLO-DE OBESO, S., RAMÍREZ-PALOMINO. (2019). Polypharmacy in a hospitalized psychiatric population: risk estimation and damage quantification. *BMC Psychiatry*, 19(1): 78.
- CASTAÑO PÉREZ, G. A., SIERRA HINCAPIÉ, G. M. (2016). Trastorno dual en población general de Itagüí, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*, 45(2): 108-17.
- CHAN, Y.F., DENNIS, M.L. & FUNK, R.R. (2008). Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat*, 34(1): 14-24.
- GARNIER, S. (2018). viridis: Default Color Maps from "matplotlib". R package version 0.5.1. <https://CRAN.R-project.org/package=viridis>
- HABIBISARAVI R., NAVAEINIA S., FARNIA S., ZARGHAMI M. (2015). Alcohol, Cannabinoids and Opioids Abuse and Dependence Among Psychiatric Inpatients. *Iran J Psychiatry Behav Sci*, 9(1).
- HUMENIUK, R., ALI, R., BABOR, T.F. ET AL. (2008). Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Addiction*, 103(6): 1039-47.
- JACKMAN, S. (2017). pscl: Classes and Methods for R Developed in the Political Science Computational Laboratory. Sydney: United States Studies Centre, University of Sydney.
- KATZ, G., DURST R., SHUFMAN E., BAR-HAMBURGER R., GRUNHAUS L. (2008). Substance Abuse in Hospitalized Psychiatric Patients. *Isr Med Assoc J*. 10: 672-5.
- LELE, S.R., KEIM, J.L., SOLYMOS, P. (2019). Resource selection: Resource Selection (Probability) Functions for Use-Availability Data. R package version 0.3-5. <https://CRAN.R-project.org/package=ResourceSelection>
- MAKOWSKI, D. (2018). The Psycho Package: An Efficient and Publishing-Oriented Workflow for Psychological Science. *J Open Source Softw*, 3(22): 470.
- MARÍN-NAVARRETE, R., BENJET, C., BORGES, G. ET AL. (2013). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Mental*. 36(6): 471-9.
- PHILLIPS, P. & JOHNSON, S. (2003). Drug and alcohol misuse among in-patients with psychotic illnesses in three inner-London psychiatric units. *Psychiatr Bull*, 27(6): 217-20.
- REGIER, D.A. (1990). Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse. *JAMA*. 264(19): 2511-9.
- ROSS, S. & PESELOW, E. (2012). Co-Occurring Psychotic and Addictive Disorders. *Clin Neuropharmacol*. 35(5): 235-43.
- SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (SAMH-SA) CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE CENTER (CSAT). (2005). Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. Treatment improvement protocol Vol. 42. <https://store.samhsa.gov/system/files/sma13-3992.pdf>
- SUBODH, B.N., HAZARI, N., ELWADHI D., BASU, D. (2017). Prevalence of dual diagnosis among clinic attending patients in a de-addiction center of a tertiary care hospital. *Asian J Psychiatry*, 25: 69-74.
- SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. (2019). Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. PEP19-5068 NSDUH Series H-54). <https://www.samhsa.gov/data>

- WEICH, L. & PIENAAR, W. (2009).** Occurrence of comorbid substance use disorders among acute psychiatric inpatients at Stikland Hospital in the Western Cape, South Africa. *Afr J Psychiatry*, 12(3):213-7.
- WHO ASSIST WORKING GROUP. (2002).** The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97(9): 1183-94.
- WICKHAM, H. (2018).** ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis. New York: Springer-Verlag; 2016.
- WICKHAM, H., FRANÇOIS, R., HENRY, L., MÜLLER, K. (2019).** dplyr: A Grammar of Data Manipulation. R package version 0.8.0.1. <https://CRAN.R-project.org/package=dplyr>



HOMENAJE PÓSTUMO

Dr. Rafael Medina Dávalos



Foto: Prensa CUOS.

La trascendencia de un hombre

What we do in life, echoes in eternity.
—Gladiator, Riddley Scott, 2000

58

La súbita partida del Dr. Rafael Medina Dávalos el pasado 19 de Abril de 2024 dejó a la Asociación Psiquiátrica Mexicana con una gran tristeza y desolación, además de la sensación de estar desangelados por la partida de un líder, maestro y amigo insustituible.

No sólo en la Asociación Psiquiátrica Mexicana lamentamos su partida. Cada día escucho un nuevo comentario de otros colaboradores, estudiantes, profesionales, pacientes y conocidos del Dr. Medina Dávalos que reconocen su obra y lamentan su partida.

El Dr. Rafael Medina Dávalos fue un académico, docente, investigador, escritor, profesional y especialmente amigo, que tocó la vida de innumerables personas. Mantuvo siempre constante su deseo de colaborar en múltiples proyectos en forma desinteresada, altruista y siempre con su característico sentido del humor.

Su contribución más significativa en la Asociación Psiquiátrica Mexicana fue, sin duda, el de haber llevado magistralmente hasta el último día la Secretaría de Ediciones y Publicaciones, que permitió a muchos psiquiatras socios APM —el de la voz incluido— el poder trascender en una obra científica el campo de experiencia que hemos desarrollado y que difícilmente hubiésemos podido encontrar en otro foro o editorial.

Desde pocos días después de su partida y a la fecha, muchas personas me han hecho la pregunta “¿Qué vamos a hacer?”, con un tono mezclado de miedo, incertidumbre y diría que incluso desesperanza. Todos sabemos que Rafael y su talento son insustituibles. Pero también es importante reconocer que existe un principio de trascendencia, llamémosle filosófico, espiritual o físico cuántico.

La trascendencia de un hombre se mide por el nivel de inspiración, motivación y agradecimiento que genera en vida, pero más —incluso mucho más— después de su muerte. La trascendencia permite que grandes seres humanos puedan mantenerse inmortales a pesar de que físicamente hayan dejado la vida, pero espiritualmente hayan pasado a un nivel mucho mayor. Lejos de ser olvidados, generan grandes movimientos y cambios para mantener su legado con vida. Es la trascendencia que han generado los grandes próceres, héroes, maestros de generaciones y líderes. Es la trascendencia que, a escasos cuatro meses de su partida, ha comenzado a expandir con gran fuerza nuestro compañero, colega, maestro y amigo.

Eso por ello que podemos afirmar sin temor a equivocarnos, que nuestro querido Rafael Medina Dávalos ha trascendido, y quizá sea incorrecto gramaticalmente conjugar el verbo en pretérito participio, ya que debe conjugarse también en presente, en gerundio, y especialmente, en futuro. La partida de nuestro Rafa ha comenzado un proceso de trascendencia mucho más grande, que sólo constituirá una fuente de inspiración que catalizará su obra, sus ideales y su recuerdo en dimensiones cada vez más grandes.

Vuela alto, maestro. Un abrazo hasta el cielo, o más bien, al infinito.

Dr. Alejandro Molina López

Presidente 2024-2025

Asociación Psiquiátrica Mexicana

Homenaje al maestro

Si se ama el arte de la Medicina,
también se ama a la humanidad.
—Hipócrates

El Dr. Rafael Medina Dávalos, además de ser un destacado médico psiquiatra, fue un hombre de múltiples talentos: escritor, editor, poeta, lector, maestro y conferencista, entre muchas otras cualidades. Su profundo amor por la medicina, la psiquiatría y las letras ha dejado un legado invaluable en la vida de sus pacientes, alumnos, amigos y colegas.

Tuve el honor de contarme entre los muchos psiquiatras que se formaron bajo su guía en Jalisco y en el país. Aquellos que lo conocimos fuimos testigos de su inquebrantable dedicación, compromiso y pasión por la salud mental. Su ausencia ha generado un profundo eco en nuestras vidas, dejando vacíos que serán difíciles de llenar y metas que serán arduas de alcanzar.

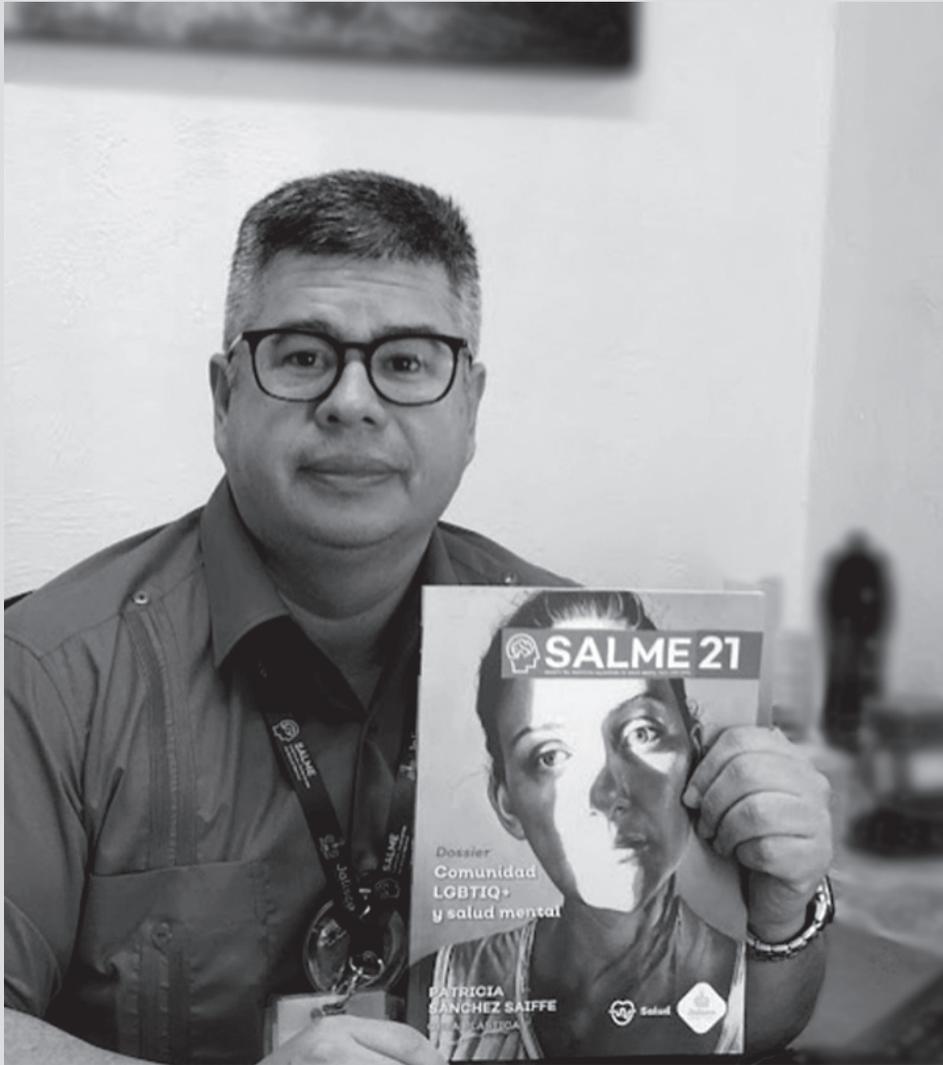
El Colegio de Psiquiatras de Jalisco, al cual pertenecía como miembro distinguido, siempre recibió su calidez y apoyo incondicional en diversas actividades académicas, por lo cual estaremos eternamente agradecidos. Su última ponencia, un día antes de su partida hacia el descanso eterno, fue en una sesión académica mensual. En esa ocasión, una vez más, brilló por su elocuencia, vasta experiencia y dominio del escenario, compartiéndonos con sencillez, humor y carisma una última lección de su amplio repertorio en psiquiatría.

Lo despedimos físicamente, pero su recuerdo y su impacto en los campos clínico, científico y literario perdurarán en cada uno de nosotros. Su memoria será eterna en nuestros corazones.

Que en paz descanse.

Dr. Gerardo Díaz Sánchez

Presidente del Colegio de Psiquiatras de Jalisco A.C.
Bienio 2024-2026



Inmemoriam

Rafa Medina poseía esa maravillosa combinación del hombre de una inteligencia superior y a la vez, el talento polifacético que, por cierto, no son sinónimos pues pueden existir aislados y separados en las personas, pero que, cuando se dan juntos y en una dimensión cuanti-cualitativa mayor, la humanidad se beneficia y disfruta la obra de personajes geniales y virtuosos como él.

Las evidencias de su inteligencia y talento las constatamos quienes le conocimos y muchos sin conocerlo en persona, sino a través de su legado escrito.

Lector voraz, bibliófilo consumado, con una gran capacidad de abstracción, desarrolló una exquisita erudición y cultura, lo vimos en la seriedad del ejercicio de su profesión y el rigor académico en sus conferencias, clases e investigaciones, pero también en sus magistrales conferencias culturales y en su obra literaria.

Científico, académico, escritor, crítico de arte, artista, entre otras facetas. Su fina ironía y con frecuencia su sarcasmo, daba muestras de su enorme inteligencia para abstraer, calificar y juzgar a cualquier persona apenas conociéndola, tanto en sus virtudes como en sus defectos.

Trabajé en el Instituto Jalisciense de Salud Mental y Adicciones (SALME, Jalisco), como subdirector de Desarrollo Institucional en el periodo 2007-2013, también fui presidente de la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM) de 2012 a 2013, los datos vienen al caso, pues dan contexto a mi participación directa como jefe de Rafa Medina, en la creación de esta revista y él, como parte de mi equipo de colaboradores en la creación de la editorial de la APM, con sus dos colecciones iniciales, Hemisferio derecho e izquierdo, y con más de ochenta títulos publicados, sin duda, el proyecto más exitoso de nuestra asociación en los últimos años.

Es en los proyectos editoriales aquí señalados en donde Rafa Medina, explotó uno de sus múltiples talentos, donde dedicó mucho tiempo y esfuerzo, pero también disfrutó enormemente como me lo hacía saber con frecuencia.

Para el caso de la revista SALME, Rafa la concibió como un órgano de divulgación académica y cultural sobre diversas temáticas en la salud mental, mundial, nacional y local; combinada con ilustraciones de fotógrafos y artistas locales, tratando de sintetizar y hacer valer como siempre lo han dicho nuestros grandes maestros, que el abordaje de la salud y la enfermedad mental requiere para entenderlas, de una visión integral, multidisciplinaria y por supuesto, estética y cultural. Sin dejar de ser una revista con artículos de indiscutible seriedad académica, nunca se propuso encasillarla en las revistas científicas dedicadas al mundo de los investigadores y aspirantes a una calificación en su impacto, sino a ser una revista de utilidad para profesionales de la salud mental, de divulgación para otros profesionales de la salud y para un público en general medianamente ilustrado. El resultado de toda esta época es una revista bellísima, coleccionable y orgullo para su fundador y para la institución a la que dedicó toda su vida profesional.

Sabemos que un personaje como Rafa Medina es insustituible, pues además de su inteligencia y talento, todas sus actividades las desarrollaba con intensidad apasionada.

Con su fallecimiento, ahora cerramos una época para la revista SALME, pero tenemos, me refiero a instituciones y personas, el enorme reto de continuar sus proyectos, sin tratar de medirnos en la vara alta que nos dejó, sino de rescatar lo esencial de sus ideas y los fines para los que desarrollaba estos increíbles proyectos. Quizá no sean tan bellos y completos, pero siempre, a la larga, habrá quién los impulse y los logre.

Rafa Medina fue un buen alumno, hijo, padre, esposo, amigo y maestro. Su vida fue corta, pero a toda velocidad. Obviamente no quería irse tan pronto, adoraba a su esposa e hijas y quería verlas y gozarlas hasta muchos años más. Hay un gran legado, un grato recuerdo, un hasta luego, Rafa, te extrañamos mucho, nos haces falta, pero, a fin de cuentas, muchas gracias por haber vivido entre nosotros y habernos dado tanto.

Dr. Eduardo Ángel Madrigal de León
Director general del Instituto Nacional
de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"



Directorio de la Red de Atención en Salud Mental y Adicciones en Jalisco

Unidades de Salud				
Nombre de la Unidad	Tipo de unidad (servicio)	Población que atiende	Domicilio (calle,número, colonia, municipio, c.p.)	Horarios de Atención
CAISAME Estancia Breve	Hospitalización, Psicología ,psiquiatría y promoción-prevención de la salud mental	usuarios que requieren de una atención especializada, así como realizar acciones de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales, en beneficio de la población;	Avenida Zoquípan #1000-A, Col. Zoquípan,Zapopan,Jal.	admisión continua 24 Hrs. Consulta externa entrega de fichas a las 7:00 am y 12 pm lunes a viernes
CAISAME Estancia Prolongada	Hospitalización, Psicología ,psiquiatría y promoción-prevención de la salud mental	usuarios que requieren de una atención especializada, así como realizar acciones de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales, en beneficio de la población;	Km 17.5 de la Antigua carretera a Chapala, El Zapote del del Valle, Tlajomulco de Zuñiga	Admisión continua 24 Hrs
CISAME Colotlán	Psicología ,psiquiatría y promoción-prevención de la salud mental	Bolaños, Colotlan, Chimaltitlan,	Calle Divina Providencia No 10,Col. Lomas de la Cruz	Lunes a Viernes 7:30 a 15:30Hrs
CISAME Autlán	Psicología ,psiquiatría y promoción-prevención de la salud mental	Atengo, Autlan, Ayutla, Casimiro Castillo, Chuatlan, Cuautitlan, Ejutla, El Grullo, La Huerta, Juchitlan, El Limón, Purificación, Tecolotlan, Tenamaxtlan, Tonaya, Tuxcacuesco, Unión de Tula	Calle Puerto Rico No. 44	8:00 -16:00 *servicio de psicología también en turnos vespertino
CISAME Puerto Vallarta	Psicología ,psiquiatría y promoción-prevención de la salud mental	Cabo Corrientes, Mascota, Puerto Vallarta,	Cempaxúchil 78, La Floresta, 48290 Puerto Vallarta, Jal	Lunes a Viernes 7:30 a 15:30Hrs
CISAME Tonalá	Psicología ,psiquiatría y promoción-prevención de la salud mental	San Sebastián del Oeste, Talpa de Allende, Tomatlan.	Prado la Higuera No. 1045, prados la Cruz. Tonalá, Jalisco	Lunes a viernes 7:00 15:00 servicio vespertino de consulta externa psicología 13:00 - 21:00
CISAME Zapotlán el Grande "Ciudad Guzmán"	Psicología ,psiquiatría y promoción-prevención de la salud mental	Chiquilistlan, Ciudad Guzmán, Gomez Farias, Sayula, Tapalpa, Techaluta, Teocuitatlan de Corona, Tolinan Tonila, Tuxpan, Venustiano Carranza, San Gabriel, Zacoalco de Torres, Zapotitic, Zapotitlan de Vadillo	Enrique Castellanos Aguilar #54, entre , Col. Morelos	Lunes a Viernes 7:30 a 15:30Hrs
CISAME Tlaquepaque	Psicología ,psiquiatría y promoción-prevención de la salud mental	Zona Metropolitana de Guadalajara	Calle Salvador Orozco Loreto No. 411	Lunes a Viernes 7:30 a 15:30Hrs
CISAME El Grullo	Psicología ,psiquiatría y promoción-prevención de la salud mental	Atengo, Ayutla, Casimiro Castillo, Chuatlan,	Calle Leona Vicario No. 526 C.P. 48740	Lunes a Viernes 7:30 a 15:30Hrs
CISAME Ameca	Psicología ,psiquiatría y promoción-prevención de la salud mental	Ameca, Antonio Escobedo, Atengulillo,	Calle Jardin No. 72	Lunes a Viernes 7:30 a 15:30Hrs
CISAME Tepetitlan	Psicología ,psiquiatría y promoción-prevención de la salud mental	Cocula, Etzatlan, Guachinango, Hostotipaquillo, Magdalena, Mixtlan, San Marcos, San Martín Hidalgo, Tequila, Teuchitlan.	calle matias Plascencia #214	Lunes a Viernes 7:30 a 15:30Hrs
Modulo Guadalajara 1 "CISAME"	Psicología ,psiquiatría y promoción-prevención de la salud mental	Zona Metropolitana de Guadalajara	Av. San Rafael 403, Esquina Rio Nilo C.P. 44860	Lunes a Viernes 7:30 a 15:30Hrs

Consulta el directorio
completo aquí:



Desde acá te miro



MARTHA PACHECO



@Marcos García

El legado de Martha Pacheco: una vida y obra que no debemos olvidar

Escribir estas líneas para mí representa una gran responsabilidad, pues hoy día la verdadera protagonista de esta historia ha partido y no tenemos más que el testimonio vivo de su obra plástica. Ésta pareciera sin voz para la sociedad, inmersa en sus ocupaciones y afanes, pero su legado está presente y si observamos detenidamente la obra de Martha Pacheco podemos adentrarnos en la profundidad del ser humano y comprender de manera completa y justa el grito que muestra su obra en sí misma. El interés primordial para Martha siempre fue mostrar la figura humana, no sólo por el rostro y el cuerpo, sino por su complejidad y lo que representa en nuestra sociedad, invitando al espectador a la reflexión de lo importante y lo banal.

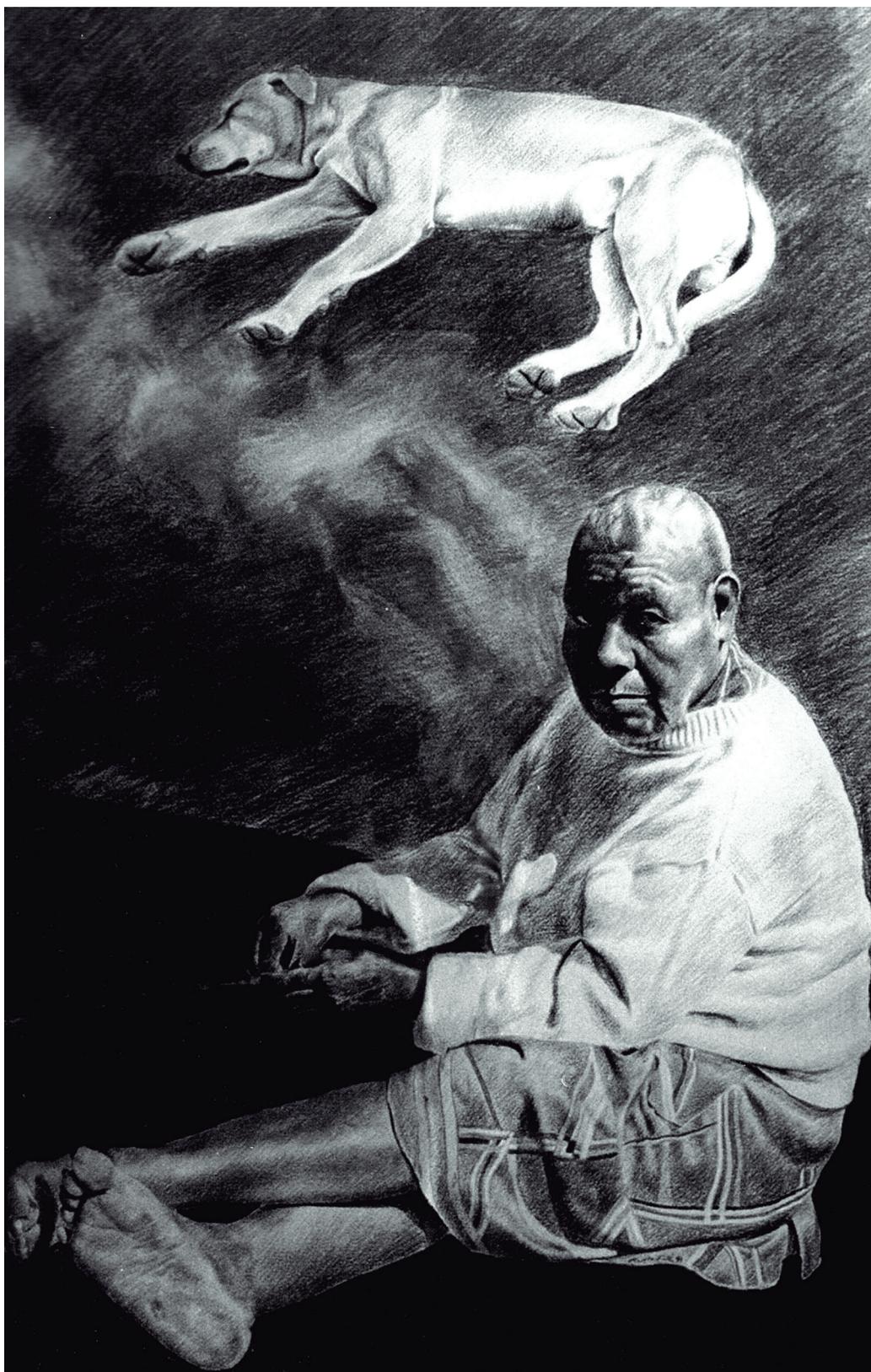
Su objetivo siempre fue, como dicta una frase bastante usada en muchos espacios: dar voz a los que ya no tienen voz, presentes o no. En ese sentido, recordemos que el término “locura” en nuestra sociedad es una voz que no se escucha —y mucho menos se comprende—, y por ello dejamos mudas y abandonadas a estas personas. De quienes ya no están presentes y han partido, de la forma que haya sucedido, ya no hay más de sus pensamientos entre nosotros; sin embargo, Martha, por medio de su interés traducido

en obras artísticas, nos deja el recordatorio de poner la vista y el oído en ellos. Primero, para no olvidar que en una sociedad cada persona es necesaria, nadie está de más. Incluir a estas personas en sus obras artísticas viene de la necesidad más profunda que Martha tenía por el ser humano y sus carencias, constituyendo ella, como solía hacer, su compromiso hasta el tuétano para dar la voz y alertarnos que ahí están, aunque no los queramos ver.

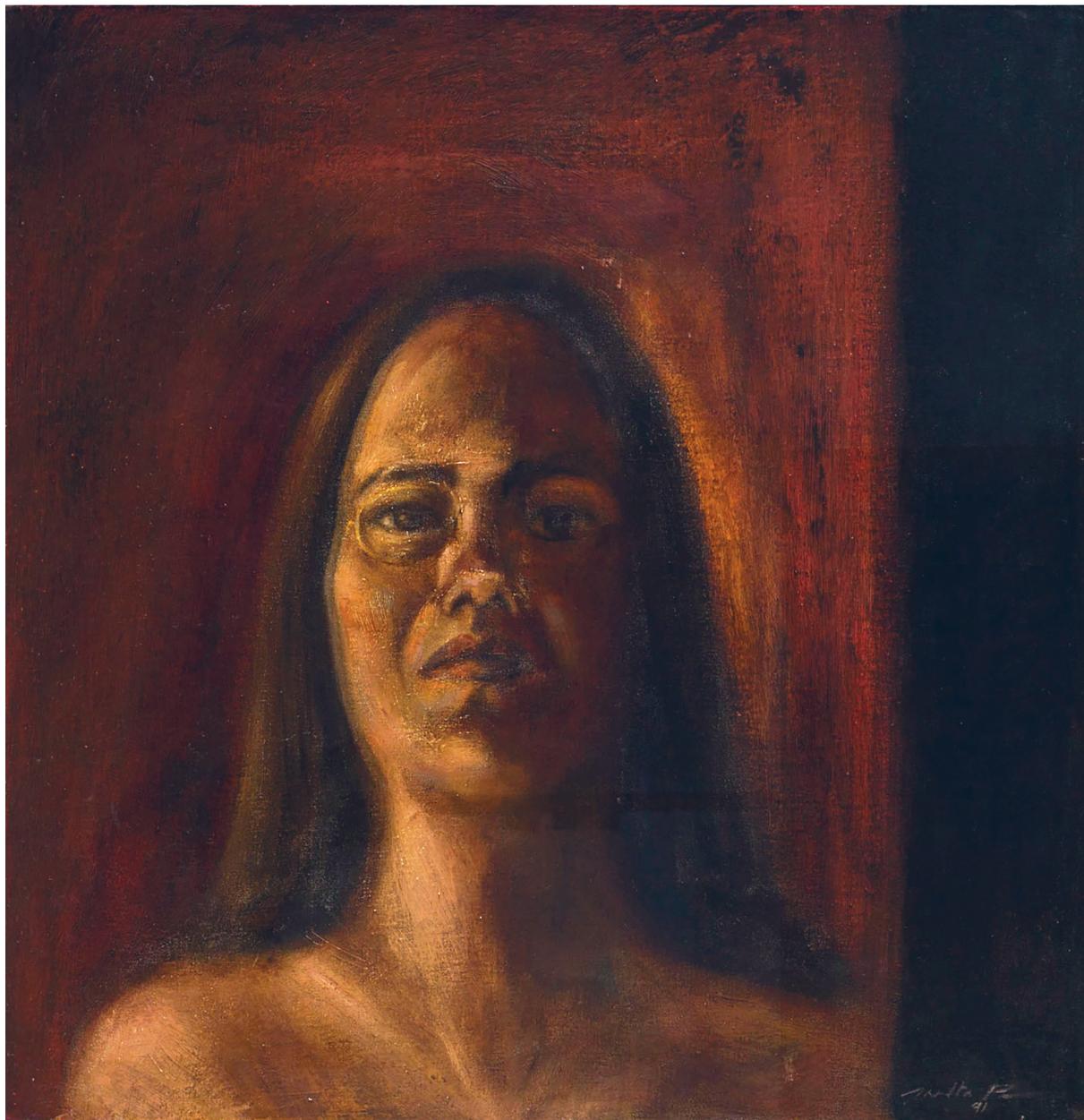
Desde pequeña, fue evidente su interés por el ser humano. Recuerdo perfectamente que ella siempre estaba dibujando o haciendo personajes con plastilina. Esa necesidad se fue afinando y perfeccionando cada vez más en su talento natural; era una comprometida total con su trabajo, era su vida entera y lo que más significado tenía para ella. Pero nosotros hoy tenemos el legado que ha dejado para mostrarlo al mundo y poner un alto en nuestra vida diaria a fin de observar a aquellos que aparentemente no tienen voz, pero que gritan desesperados desde sus entrañas por ser parte importante de un todo.

Milagros Pacheco Hernández

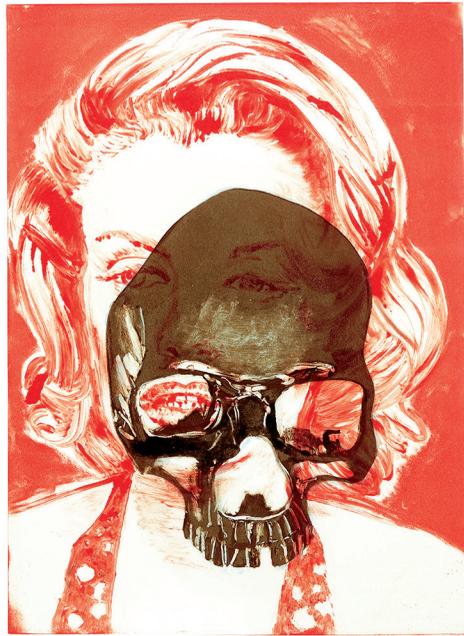
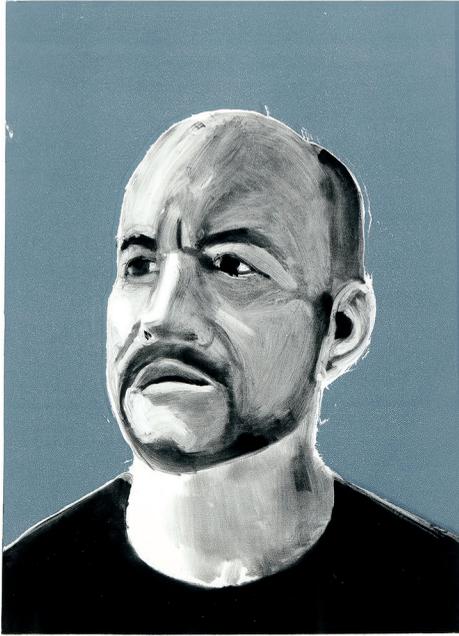
Zapopan, Jalisco
24 de agosto de 2024



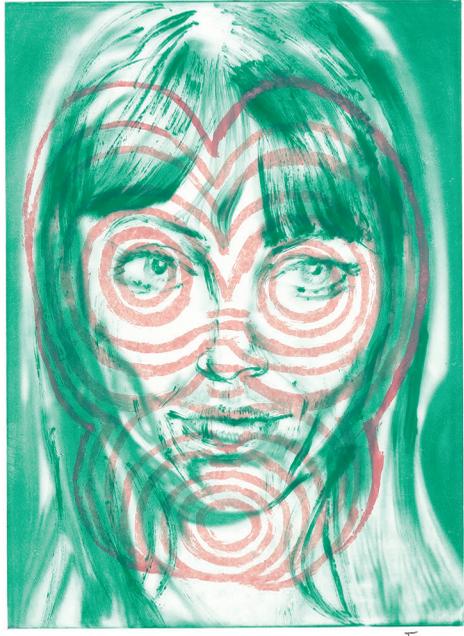
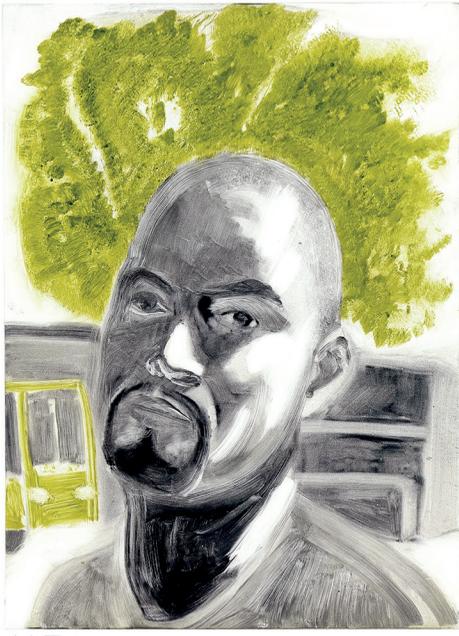
Sin título.



Sin título.
Circa 1990.

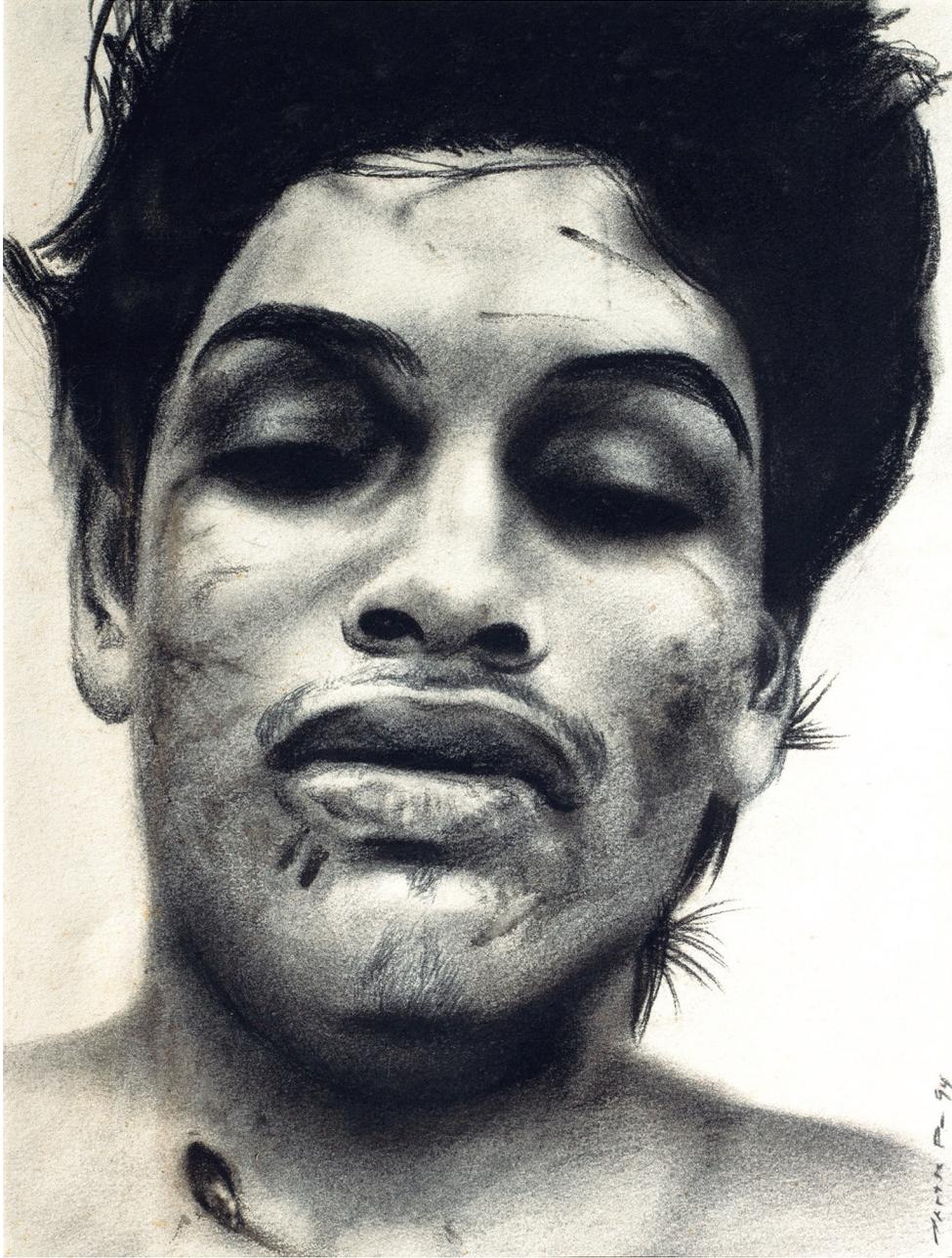


E.
0 8 03

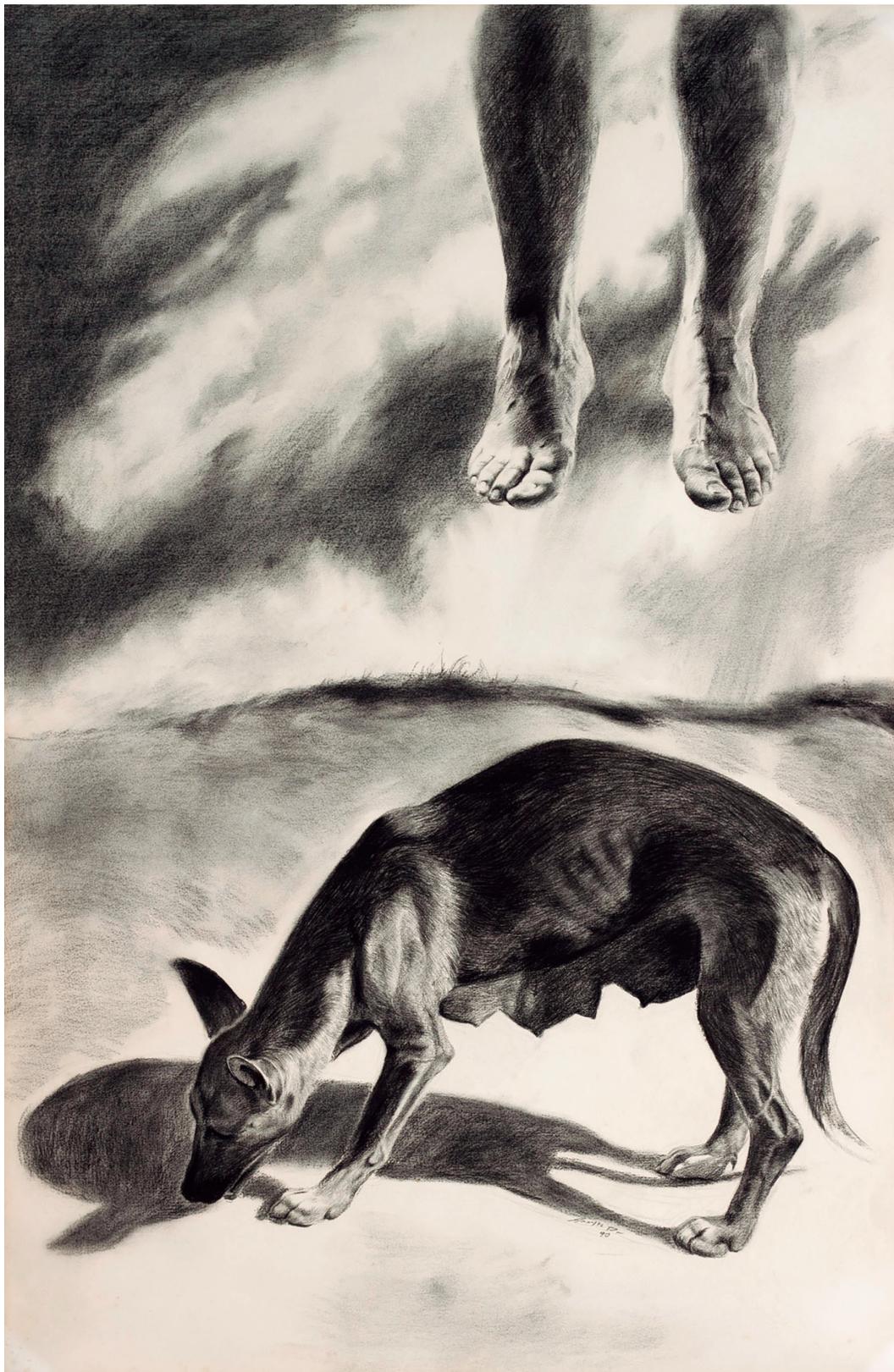


E.
0 8 03

Sin título.
Obra en colaboración con Enrique Oroz.
Monotipia sobre papel, 2021.



Sin título. Serie *Los muertos*.
Carbón sobre papel, 24,5 x 33,5 cm, 1994.



Sin título. Serie *Los perros*.

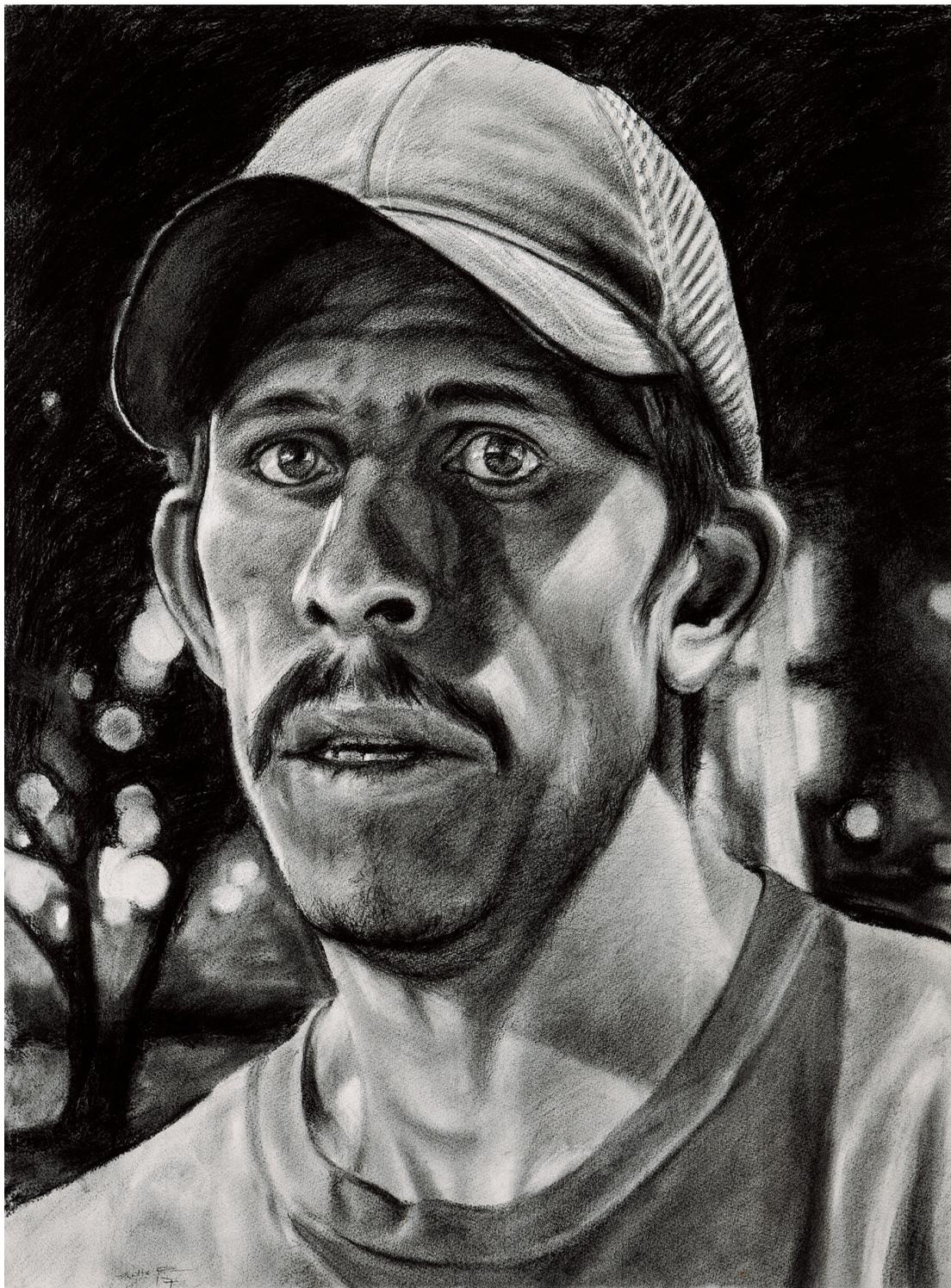
SIGUIENTE PÁGINA
Sin título. Serie *Los muertos*.



1/24/95



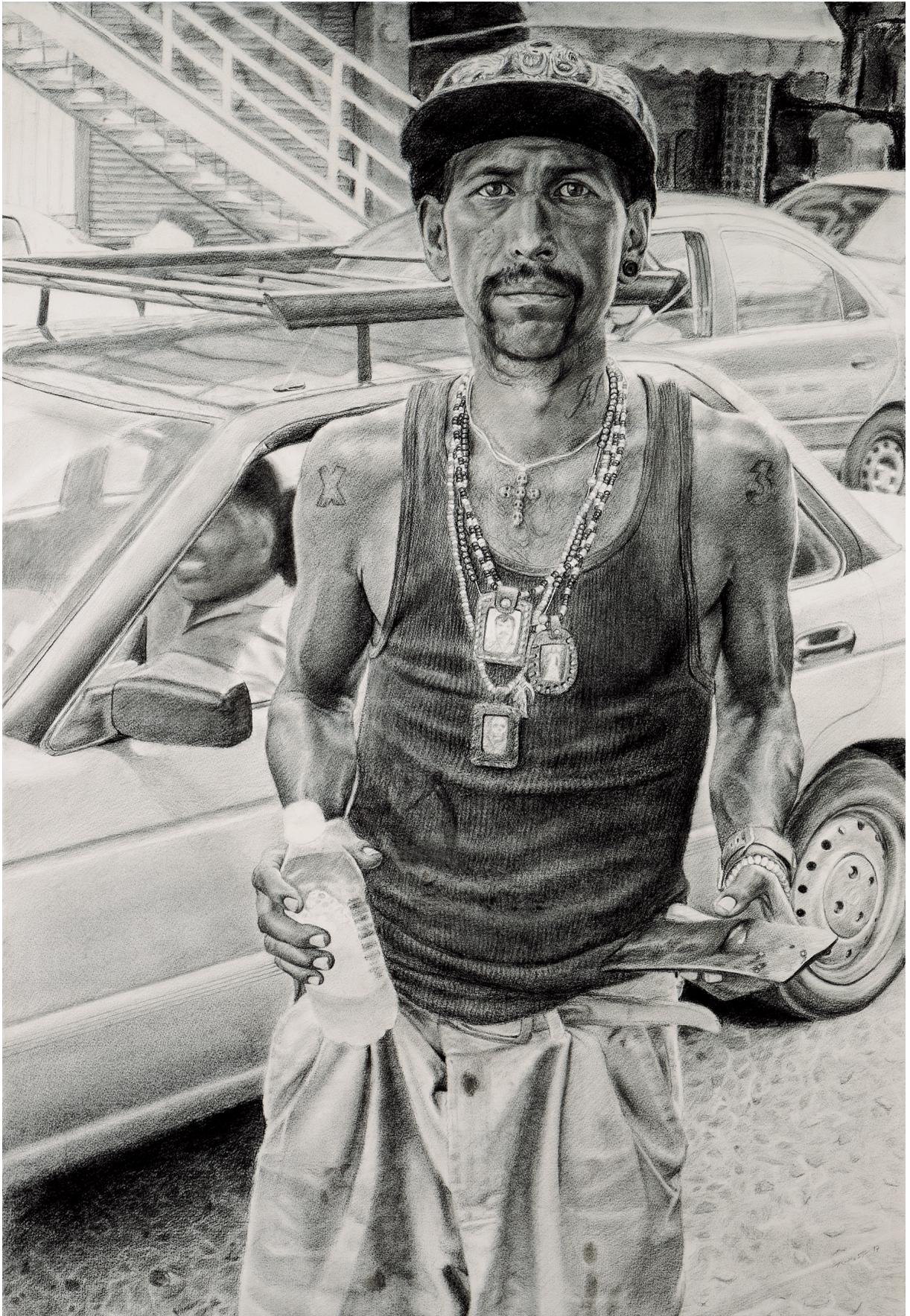




Sin título. Serie *Ecos de la calle*.

PÁGINA IZQUIERDA

Sin título. Serie *Los muertos*.



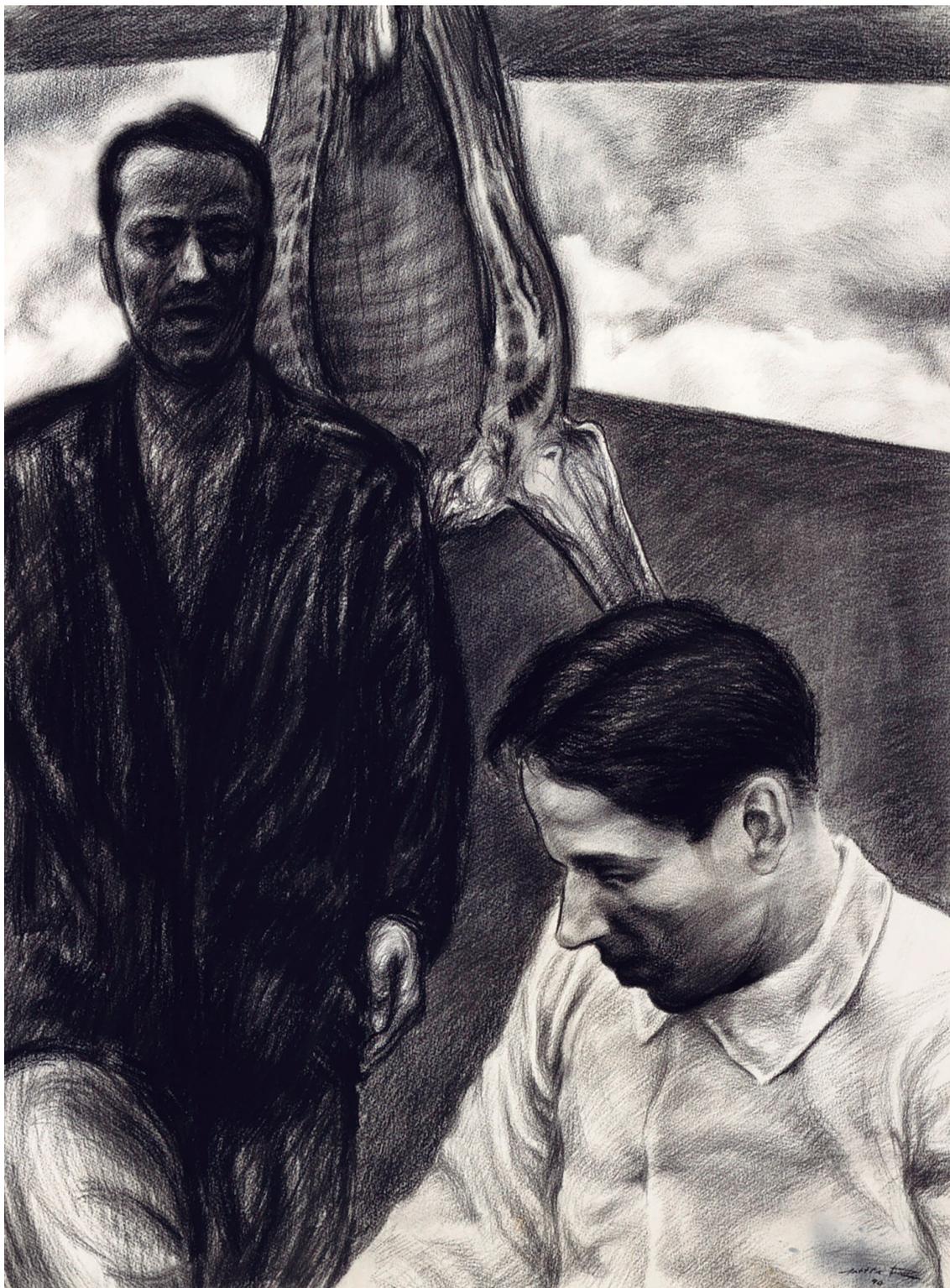




Sin título. Serie *Los perros*.
Carbón sobre papel, 80 x 120 cm, 1990.



Sin título.
Mixta sobre papel, 80 x 120 cm, 1986.



Sin título.

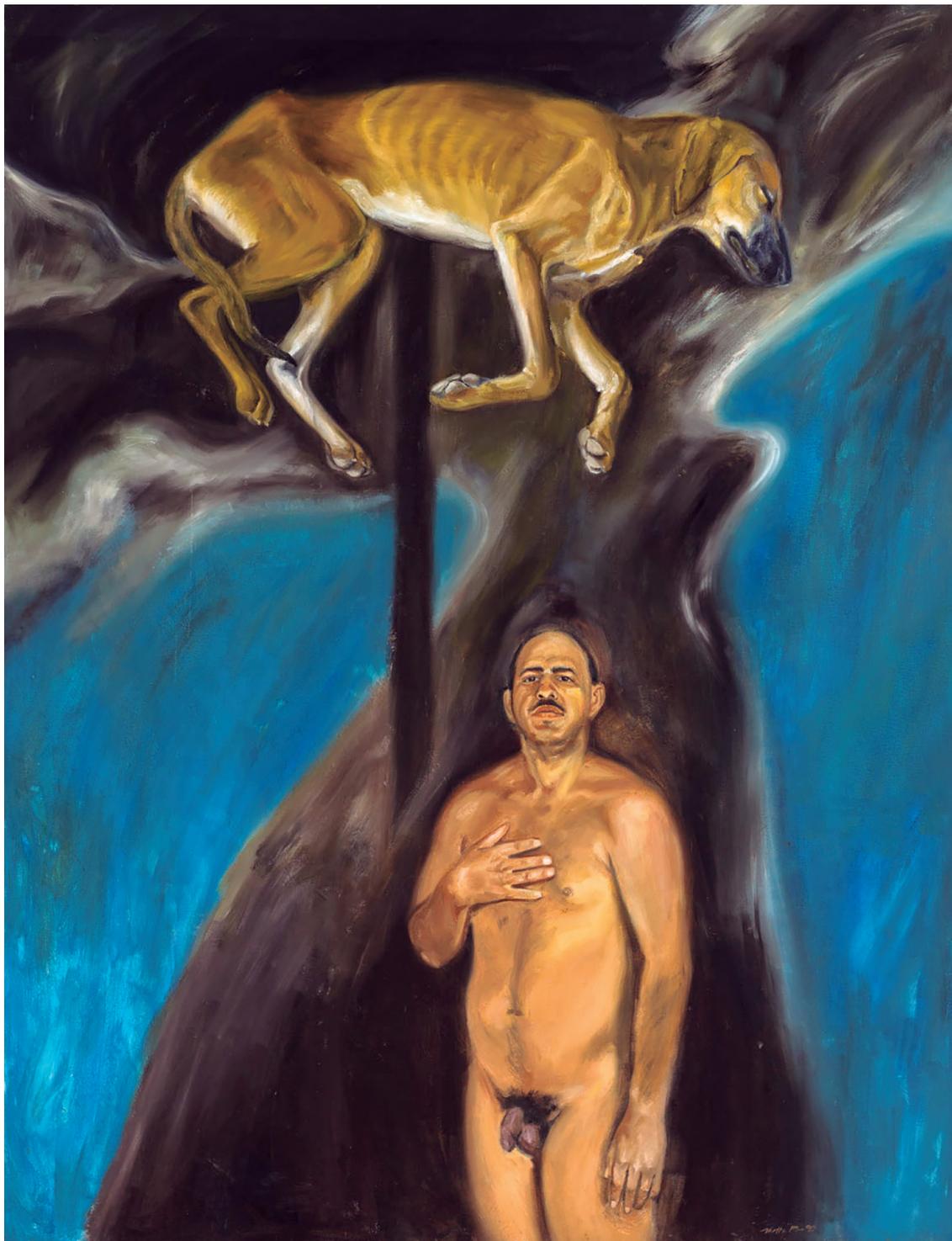
Carbón sobre papel, 80 x 60 cm, 1986.



Estudio de Martha Pacheco.

Obra en proceso. Serie *Los muertos*. Circa 2011.





El sacrificio.

Óleo sobre tela. 170 x 130 cm, 1990.



Sin título.

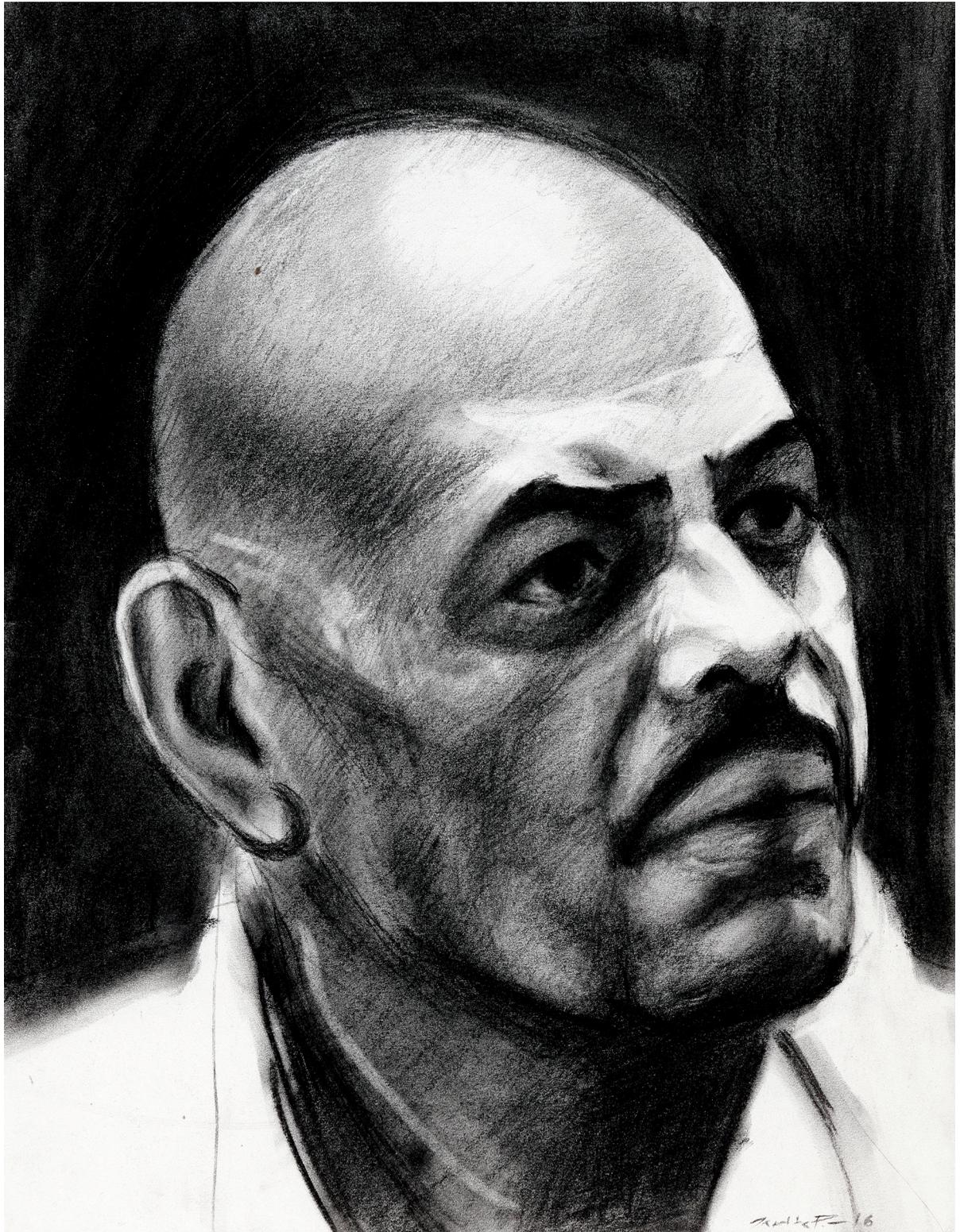
Carbón sobre papel, 80 x 60 cm, 1990.



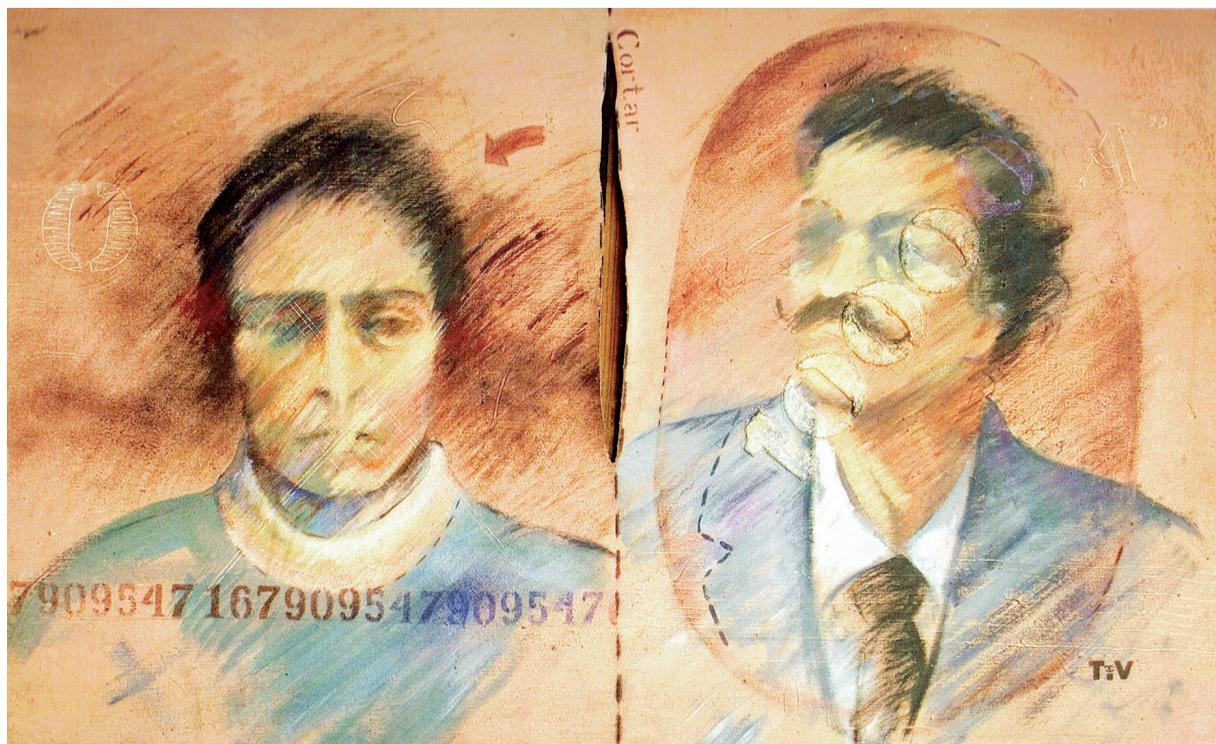
Crónica de un instante (Farabeuf). Detalle de tríptico.
Carbón sobre papel. Circa 1988.



Sin título. Serie *Exiliados del imperio de la razón.*



Sin título. Serie *Ecos de la calle*.
Carbón sobre papel, 35.5 x 27.7 cm, 2016.

**Sin título.**

Técnica mixta sobre tela.

Taller de Investigación Visual (TIV).

FOTOGRAFÍAS DE LA OBRA

Carlos Díaz Corona: pp. 69 y 86.

Marcos García: pp. 65, 68, 70 a 83 y 85.

La CO-PRESCRIPCIÓN de los psicofármacos ofrece:^{1,2}

- **RÁPIDO CONTROL** de la ansiedad.
- **MEJORÍA** en el control de la ansiedad episódica.
- **MAYOR ADHERENCIA** a la terapia antidepresiva.
- **DISMINUCIÓN** en la severidad de los síntomas depresivos en más del 50%.
- **REDUCCIÓN** de la ansiedad inducida por los antidepresivos.

Klodex[®]
Clonazepam

Farmapram[®]
Alprazolam



Tressvin[®]
Sertralina

Farmaxetina[®]
Fluoxetina

nuevo
Oraxine[®]
Desvenlafaxina

nuevo
Ravec[®]
Anfebutamona (Bupropion)

Referencias:

1. Fulone J, Silva MT, Lopes LC. Long-term benzodiazepine use in patients taking antidepressants in a public health setting in Brazil: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2018;8(4):e018956. 2. Dunlop WB, Davis PG. Combination treatment with benzodiazepines and SSRIs for comorbid anxiety and depression: a review. *Prim Care Companion. J Clin Psychiatry*. 2008;10(3):222-8.