



Reacciones al estrés y aspectos psicoterapéuticos

Mario Souza y Machorro^{a,b,c,d,*}

“La ansiedad no puede evitarse, pero sí reducirse. La cuestión del manejo de la ansiedad consiste en reducirla a niveles normales y en utilizar luego esa ansiedad normal como estímulo para aumentar la propia percepción, la vigilancia y las ganas de vivir”.

—ROLLO MAY

Resumen

El periodismo científico de este artículo versa sobre una excepción habitual en el ambiente especializado, acerca de diversos trastornos mentales (TM) asociados al estrés y su comorbilidad, inadecuado enfrentamiento por el paciente/

familia, su condición genético-epigenética y el deficiente manejo brindado de algunos profesionales de la salud. El desdén del manejo psicoterapéutico (prejuicio-impreparación) dificulta la atención adecuada de los casos. Se insta a desarrollar apego materno-filial apropiado, medidas para el logro de la salud mental social y programas asistenciales para atender los casos.

Palabras clave: Trastornos mentales; trastornos por estrés; trastornos de adaptación; tratamiento mixto; psicoterapia.

Reactions to Stress and Psychotherapeutic Aspects

Abstract

The scientific journalism of this article deals with a common exception in the specialized environment about various mental disorders associated with stress and its comorbidity, inadequate confrontation by the patient/family, its genetic-epigenetic condition and the deficient management provided by some health professionals. The disdain of psychotherapeutic management (prejudice- lack of preparation) hinders the adequate attention of cases. It is of the utmost importance to develop proper maternal and filial attachment, adequate measures for the achievement of social mental health and assistance programs to attend the cases.

Keywords: Mental disorders; stress disorders; adjustment disorders; mixed treatment; psychotherapy.

^aMaestría de Psicoterapia de las Adicciones. Colegio Internacional de Educación Superior. Ciudad de México, México.

^bSección Permanente de Patología Dual. Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. Ciudad de México, México.

^cConsejo Mexicano de Psiquiatría. Ciudad de México, México.

^dAcademia Nacional Mexicana de Bioética, A.C. Ciudad de México, México.

* Correspondencia: souzaym@yahoo.com.

ORCID ID:

<https://orcid.org/0000-0002-9599-6845>

Recibido: 23-enero-2022. Aceptado: 26-abril-2022.

INTRODUCCIÓN

Con la pretensión de facilitar a los lectores la mejor comprensión y actuación, recién apareció la nueva revista (enero, 2022) *The New England Evidence*, procedente de la Sociedad Médica de Massachusetts, editora de *New England Journal of Medicine*, para realizar esto, entre todos los juicios clínicos disponibles respecto de un tópico de salud, bajo un criterio que favorezca las mejores decisiones¹. La evidencia científica, enfatizada en los últimos años, aporta un modelo explicativo para las causas y manifestaciones de las enfermedades; por ejemplo, al tratarse de la resiliencia y la vulnerabilidad individual, derivados de los patrones de respuestas cerebrales, de los mecanismos que median respuestas de recompensa, miedo, condicionamiento o extinción de la conducta y el comportamiento social adaptativo como rasgos importantes de la personalidad, asociados a la resistencia o vulnerabilidad de la circunstancia vital del individuo frente a ciertos estresores, lo que podría llegar a ser igualmente válido en la etiopatogenia de los mecanismos de mantenimiento de la psicopatología del paciente mental, que requieren de métodos y unidades de medida *ad hoc*. El avance imagenológico, paradigma de la patología mental, desarrolla y aplica las neurociencias en la patología causada por trastornos por consumo de sustancias (TCS): ilegales –psicotrópicos por automedicación– o bien legales –psicofármacos controlados– por prescripción, con otros trastornos mentales (TM) coexistentes² (tabla 1). Se ha documentado que los TM, en alta

proporción, no reciben atención o no la obtienen en forma apropiada^{3,4}.

Asimismo, los problemas infantojuveniles de salud mental, son motivo de preocupación por su alta prevalencia y discapacidades consecuentes. El suicidio es resultado extremo y frecuente en personas con TM no tratados, sin incluir la epilepsia y la demencia u otras afecciones neurológicas con rasgos comunes a los TM, respecto a su atención. Las personas de bajos ingresos, en desempleo o con baja calidad de vivienda se asocian a TM y TCS en países de ingresos bajos y medianos⁵⁻⁹.

DESCRIPCIÓN

Las reacciones al estrés y su clasificación fueron modificadas para ser incluidas en la CIE-11¹⁰⁻¹⁴. Se denominan *reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación*^{14,15} y se identifican por su sintomatología y curso, además de la presencia de uno u otro de los siguientes factores: a) antecedentes de un acontecimiento biográfico, excepcionalmente estresante capaz de producir una reacción a estrés agudo, o bien, b) cambio vital significativo que dé lugar a situaciones desagradables persistentes que llevan a una reacción a estrés generalizada. Aunque algunas situaciones de estrés psicosocial más leve por “acontecimientos vitales” pueden precipitar el comienzo o contribuir a la aparición de un amplio rango de trastornos clasificados en otras partes (CIE-11). Su etiología no siempre es clara y en cada caso se encontrará que dependen de factores individuales, a menudo propios de su idiosincrasia (vulnerabilidad específica)¹⁶ (tablas 2 y 3).

Tabla 1. Datos epidemiológicos de los trastornos mentales

1. En el mundo los padecen más de 450 millones de personas equivalente a 14.5% de la población total
2. La brecha entre la necesidad de tratamiento de los trastornos mentales (TM) y su atención es de 76 a 85% y varía en países de ingresos bajos, medios y altos de 35 a 50%
3. La coexistencia de un trastorno mental (TM) y un trastorno por consumo de sustancias (TCS) 32.7%
4. La esquizofrenia y un TCS 70 a 80%
5. El trastorno bipolar y un TCS 60%
6. Los trastornos de personalidad (TP) y un TCS 70%
7. El trastorno depresivo (TD) y el trastorno de déficit de atención (TDAH) 30%
8. El trastorno de ansiedad (TA) y un TCS 50-60%

Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD–11. *World Psychiatry*. 2013;12:198-206. doi: 10.1016/S0140–6736(12)62191-6. [Citado: marzo 30 de 2022]. / Hospital de Sant Pau – Pabellón de Sant Manel. Carga Mundial de Trastornos Mentales Psious 2021. info@psious.com. [Citado: enero 30 de 2022].

Tabla 2. Carga de problemas infantojuveniles de salud mental

1. En 2016 los trastornos mentales (TM) no tratados fueron 16% del total de la carga de morbilidad mundial
2. Más de mil millones de personas en el mundo padecieron un TM o un TCS
3. En las cifras por edad, las mujeres mostraron tasas más altas en trastornos bipolares o trastornos alimentarios
4. La esquizofrenia fue prevalente casi de modo igual en uno y otro sexo
5. El trastorno depresivo unipolar representó 33% de las causas de morbilidad, con 4.3% de la carga mundial
6. Los países de ingresos bajos y medios se ubicaron entre 3.2 a 5.1% respectivamente
7. En la carga de morbilidad mundial la discapacidad derivada de TM representó 25.3 a 33.5% de años perdidos en países de ingresos bajos
8. Las encuestas a personas afectadas por conflictos de emergencia humanitaria revelaron prevalencia de trastornos depresivos y trastorno por estrés postraumático (TEPT) de 17 a 15%, respectivamente, cifras mucho más altas que las de tasas de prevalencia en población general
9. Predicciones de la OMS para 2030 indican que los Trastornos Depresivos serán la mayor causa de morbilidad mundial

Wickham S, Whitehead M, Taylor-Robinson D, et al. The effect of a transition into poverty on child and maternal mental health: a longitudinal analysis of the UK Millennium Cohort Study. *Lancet Public Health*. 2017 Mar;2(3):e141-e148 / Hospital de Sant Pau – Pabellón de Sant Manel. Carga Mundial de Trastornos Mentales Psious 2021. info@psious.com. [Citado: 30 de enero de 2022].

Tabla 3. Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (TAPN)

1. Trastornos relacionados con traumas y estresores
2. Trastorno reactivo de la vinculación
3. Trastorno de actividad social desinhibida
4. Trastorno de estrés postraumático
5. Trastorno por estrés agudo
6. Trastorno de adaptación

Reed GM, First MB, Kogan CS, et al. Innovations and Changes in the ICD-11 Classification of Mental and Behavioral Disorders and Developmental Psychiatry. 2019;18(1):3-19. <https://doi.org/10.1002/wps.20611>. / DSM-5 American Psychiatric Association. DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth ed. Buenos Aires: Panamericana; 2014. [Citado:12 de marzo de 2022].

Los trastornos agrupados en esta categoría aparecen siempre como consecuencia directa de un estrés agudo grave, de una situación traumática sostenida, o ambas. El acontecimiento estresante o circunstancias desagradables persistentes son factor primario y primordial, de manera que en su ausencia no se hubiera producido el trastorno. Las reacciones a estrés grave y los trastornos de adaptación (TAPN) se presentan en todas las edades, desde la etapa infantojuvenil. Se caracterizan por mostrar estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que a menudo interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante¹⁷.

Los TAPN derivan a menudo del estrés, su inadecuado enfrentamiento por el paciente y del incompleto o inadecuado manejo de la condición

genético-epigenética de los afectados o ambas cosas, que predisponen, facilitan o causan incluso el consumo de psicotrópicos (CDPT), legales o de prescripción e ilegales de todos los tipos disponibles en la comunidad¹⁸, que tienden a producir TCS comórbidos como patología dual (PD)¹⁹. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de pérdida y duelo, separación o divorcio) o al sistema más amplio de soportes y valores sociales (migración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar al individuo, al grupo de pertenencia o a la comunidad. Sus manifestaciones clínicas son variadas: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o mezcla de ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro de su rutina cotidiana¹⁴. El paciente puede

Tabla 4. Pautas diagnósticas para un trastornos de adaptación (TAPN)

1. Reacción depresiva breve (cuadro depresivo moderado y transitorio cuya duración no excede un mes)
2. Reacción depresiva prolongada (cuadro depresivo moderado que ocurre en respuesta a la exposición prolongada a una situación estresante y cuya duración no excede dos años)
3. Reacción mixta de ansiedad y depresión (ambos síntomas son destacados, pero no mayores a los del trastorno mixto de ansiedad y depresión u otro trastorno mixto por ansiedad)
4. Predominio de alteraciones de otras emociones (síntomas con otros tipos de emoción, ansiedad, depresión, preocupación, tensiones e ira)
5. Los síntomas ansioso-depresivos pueden satisfacer las pautas de trastorno mixto de ansiedad y depresión u otros trastornos mixtos de ansiedad, pero no son tan relevantes para diagnosticar un trastorno depresivo o trastorno de ansiedad)
6. La categoría se utiliza también para las reacciones infantiles en los que se presenta además una conducta regresiva (enuresis nocturna o succión del pulgar)
7. Predominio de alteraciones disociales (alteración del comportamiento, como reacción de pena o dolor en adolescentes que traduce comportamiento agresivo o disocial)
8. Alteración mixta de emociones y alteraciones disociales (ambos síntomas, emocionales y del comportamiento son destacados)
9. Otro trastorno de adaptación, TAPN con síntomas predominantes especificados
10. Otras reacciones a estrés graves y la reacción a estrés grave sin especificación (reacciones a estrés grave y TAPN, trastorno relacionado con traumas y estresores especificado y trastorno relacionado con traumas y estresores no especificado)

Reed GM, First MB, Kogan CS, et al. Innovations and Changes in the ICD-11 Classification of Mental and Behavioral Disorders and Developmental Psychiatry. 2019;18(1):3-19. <https://doi.org/10.1002/wps.20611>. / DSM-5 American Psychiatric Association. DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth ed. Buenos Aires: Panamericana; 2014. [Citado: 12 de marzo de 2022].

estar predispuesto a manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia poco frecuentes²⁰. Sin embargo, los síntomas de los trastornos disociales (TD) (comportamiento agresivo o antisocial) pueden ser una característica añadida, en especial en los adolescentes²¹. Ninguno de los síntomas es por sí solo de suficiente gravedad o importancia para justificar un diagnóstico específico. En los niños los fenómenos regresivos como volver a la enuresis, utilizar un lenguaje infantil o chuparse el pulgar suelen formar parte del cortejo sintomático²². El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los 6 meses, salvo en la reacción depresiva prolongada. Las pautas para el diagnóstico son: forma, contenido y gravedad de los síntomas; antecedentes y personalidad y acontecimiento estresante, situación o crisis biográfica. Incluye el “shock cultural”, las reacciones de duelo y el hospitalismo infantil²³. Cuando se satisfacen las pautas diagnósticas para un TAPN, la forma clínica o manifestación predominantes, pueden completarse con los elementos de la **tabla 4**.

Siendo semejantes las categorías, no son idénticas

en su duración a la CIE-11, ya que requieren: tener síntomas emocionales o de comportamiento después de 3 meses de ocurrido un determinado factor estresante; sufrir más estrés del que normalmente se esperaría en respuesta a un suceso de vida estresante o sufrir estrés que provoca problemas significativos en tus relaciones, el trabajo o la escuela; los síntomas no son el resultado de otro TM ni parte del duelo normal. La duración de los síntomas puede variar: *agudo* (signos y síntomas duran 6 meses o menos, deberían aliviarse una vez que el factor que causa el estrés se elimine); *persistentes o crónicos* (signos y síntomas duran más de 6 meses y perturban la vida). Los signos y síntomas dependen del tipo de TAPN, que varían según la persona. Afectan la forma en la que se siente así como lo que piensa de sí mismo y del mundo; por lo que pueden influir en las acciones y el comportamiento (sentirse triste, desesperanzado o no disfrutar cosas que solías disfrutar; llorar con frecuencia; estar preocupado o sentirte ansioso, nervioso, tenso o estresado; trastornos del sueño; falta de apetito; dificultad para concentrarse; sentirte abrumado; tener dificultades para desenvolverte en las actividades diarias; apartarse de tus fuentes de apoyo social; evitar asuntos

Tabla 5. Reacciones al estrés relacionadas con signos y síntomas específicos

1. Con estado de ánimo depresivo (llanto y sensaciones de tristeza y desesperanza; falta de placer en lo que solía disfrutar)
2. Con ansiedad (nerviosismo, preocupación, sensación de agobio y dificultad para concentrarse o recordar cosas. Los niños con TAPN con ansiedad pueden tener mucho miedo de ser separados de sus padres o seres queridos)
3. Mezcla de ansiedad y estado de ánimo depresivo (síntomas mixtos ansioso-depresivos)
4. Con alteración conductual (problemas conductuales, peleas o conducción imprudente de vehículos. Los jóvenes pueden faltar a la escuela o vandalizar propiedades)
5. Mezcla de alteración de emociones y conducta (síntomas mixtos ansioso-depresivos y problemas de comportamiento)
6. Sin especificar. Los síntomas no corresponden a los demás TAPN, pero a menudo incluyen problemas físicos, con la familia o amigos, el trabajo o la escuela

WHO. International Classification of Diseases. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. June, 18. Geneva, 2018. / DSM-5 American Psychiatric Association. DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth ed. Buenos Aires: Panamericana; 2014. [Citado: 12 de marzo de 2022].

importantes, como ir al trabajo o pagar cuentas; pensamientos o conductas suicidas)²⁴ (tabla 5).

Los síntomas aparecen dentro de los 3 meses posteriores a un suceso estresante y no duran más de 6 meses tras su finalización. Sin embargo, los hay persistentes o crónicos que pueden continuar durante más de 6 meses; en especial, si lo que te produce estrés continúa, como el desempleo o las condiciones negativas que lo suscitaron. Se ha documentado que los TAPN se producen debido a cambios importantes que generan mayor estrés en la vida. La genética, las experiencias de vida y el temperamento pueden aumentar la probabilidad de padecer un TAPN. Además de la posibilidad de algunos elementos aumenten la probabilidad de padecerlo, como las condiciones de salud y socioeconómicas preexistentes. No se dispone de ninguna manera garantizada para evitar estos trastornos. Sin embargo, desarrollar la capacidad saludable de enfrentar desafíos o situaciones y aprender a ser resiliente puede servir en momentos de mucho estrés²⁵. Cuando se sabe que se aproxima una situación estresante (como una mudanza o la jubilación) debe recurrirse a la fortaleza interna, aumentar los hábitos saludables y reunirse con las redes de contención sociales anticipadamente. La situación durará un tiempo limitado y se puede superar; sin embargo, es preciso considerar la consulta con el médico o el profesional de SM para analizar las formas saludables para controlar el estrés. Es necesario realizar una historia clínica con detalle en los antecedentes sociales y de SM. Muchos de los trastornos incluidos

Los síntomas aparecen en los 3 meses posteriores a un suceso estresante y no duran más de 6 meses tras su finalización. Sin embargo, los hay persistentes o crónicos que pueden continuar durante más de 6 meses; en especial, si lo que produce estrés continúa, como el desempleo o las condiciones negativas que lo suscitaron. Los TAPN se producen debido a cambios importantes que generan mayor estrés en la vida. La genética, las experiencias de vida y el temperamento pueden aumentar la probabilidad de padecerlos.

en las clasificaciones de los trastornos mentales^{14,15}, requieren de procedimientos y actividades de índole psicoterapéutica, que de manera complementaria o hasta exclusiva —cuando no necesariamente se requiere el uso de psicofármacos—, favorecen el manejo exitoso de los casos y a la supervisión de los trastornos en su devenir a lo largo del tiempo. Como se ha documentado^{14,15} que las recomendaciones terapéuticas son útiles a muchas personas, aunque a menudo solo necesitan un manejo breve. Las personas quienes sufren TAPN persistente o estrés continuo, pueden beneficiarse de manejos más prolongados con psicoterapia, medicamentos o ambos. La mayoría de las veces, las personas se ajustan a esos cambios en pocos meses. Sin embargo, si el trastorno continúa, las reacciones emocionales

Tabla 6. Características de los Trastornos asociados al estrés

1. Desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a uno varios estresores identificables en el plazo de 3 meses del inicio del estímulo estresor
2. Síntomas o conductas de relevancia clínica, evidenciados por angustia marcada, desproporcionada a la gravedad o intensidad del estresor, dentro del contexto externo y factores culturales que pueden influir en la presentación y gravedad de los síntomas
3. Afección significativa en los ámbitos social, ocupacional u otras áreas importantes de la vida
4. La alteración no cumple con los criterios de otro TM y no es solo la exacerbación de un TM preexistente
5. Los síntomas no corresponden a un proceso normal de duelo (tres meses); una vez que el estresor o sus consecuencias han concluido, los síntomas no persisten más allá de 6 meses
6. Cuando el trastorno se presenta con un estado de ánimo deprimido, ansiedad o mezcla de ambos, alteración de la conducta o alteración mixta de las emociones y la conducta, o no especificado, debe clasificarse

WHO. International Classification of Diseases. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> June, 18. Geneva, 2018. / DSM-5 American Psychiatric Association. DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth ed. Buenos Aires: Panamericana; 2014. [Citado: 30 de marzo de 2022]. / Drisko JW. Ongoing Challenges in Conceptualizing and Treating Reactive Attachment Disorder. *Child and Adolescent Social Work J.* 2018;36(2):97-100.

y comportamentales pueden contribuir a sentirse ansioso o deprimido²⁶ (tabla 6).

El tratamiento puede ser breve y contribuir a retomar el equilibrio emocional y el bienestar previo.

DISCUSIÓN

Los trastornos asociados al estrés pueden complicar el curso de la enfermedad en aquellos individuos que padecen una alteración clínica general y pueden también desarrollar un apego deficiente al manejo médico-psicológico recomendados o prolongar la hospitalización²⁷. Los criterios diagnósticos incluyen los diagnósticos diferenciales son el trastorno depresivo mayor, trastorno por estrés postraumático (TEPT) y trastorno de estrés agudo, trastorno de personalidad, factores psicológicos que afectan otros trastornos médicos u otras reacciones de estrés. Cuando se habla de personas que pasaron las mismas circunstancias de estrés, pero no se afectaron por igual, es preciso reconocer la presencia de factores de resiliencia ambiental e individual²⁷⁻²⁹. La razón neurocientífica basa su explicación en la transformación comportamental, que resulta del complejo curso del patrón de desarrollo^{28,29}. Otros factores externos que causan alteración del neurodesarrollo e impactan el comportamiento, afectan la satisfacción vital (falta de actividad social y divertimento), estímulo necesario de la actividad saludable relacional, vincular y preventiva de otros trastornos³⁰. Además, la falta de sueño, mala alimentación

o la contaminación entre otros elementos relevantes³¹, compromete la salud cerebral y la salud general, perjudicando su funcionamiento, primordial en poblaciones infantojuveniles que cursan etapas de aprendizaje y edificación de la personalidad³².

La teoría del apego de J. Bowlby señala tendencias innatas que regulan la forma como responde el ser humano ante las amenazas, el peligro y las pérdidas, relacionadas de modo estrecho con la forma como se establecen los vínculos con personas significativas. Tal conducta se organiza a través de sistemas de control cerebral relacionados con funciones de protección y supervivencia. El *apego seguro* (cuando el cuidador demuestra cariño, protección, disponibilidad y atención a las señales del bebé) le permite desarrollar un concepto de sí mismo positivo y un sentimiento de confianza hacia sí y hacia los demás. Más adelante, al interrelacionarse, tales personas tienden a ser más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias y, en lo intrapersonal, tienden a ser más positivas, integradas, con perspectivas empáticas y coherentes consigo, protegiéndose a su vez –fenómeno de resiliencia–, de una variedad de factores de riesgo³³. El *apego ansioso* (cuando el cuidador está física y emocionalmente disponible, pero solo en ciertas ocasiones, hace a la persona más propenso a la ansiedad de separación –trastorno reactivo de la vinculación– y al temor de explorar el mundo), hace que tales personas no asuman expectativas de confianza respecto al acceso



y respuesta de sus cuidadores, debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales. En ellos ocurre un fuerte conflicto, caracterizado por un deseo de intimidad, pero a la vez una sensación de inseguridad respecto de los demás. El *apego evitativo* (cuando el cuidador desatiende en forma constante las señales de necesidad de protección del niño), no le permite desarrollar el sentimiento de confianza necesario e incluso autocrítica su conducta y censura su manera de expresar su identidad. Ello hace que tales personas se sientan inseguras hacia los demás y esperen de antemano ser rechazadas conforme a sus experiencias previas de abandono, lo cual puede incluso agravarse con la internalización de su autorrechazo³⁴, en ocasiones expresado en manifestaciones de daño auto infligido y aplicación de lesiones (intoxicaciones diversas solas o combinadas por CDPT, deformaciones y colgajos en la piel, tatuajes –numerosos o únicos– con temática hostil y de grandes dimensiones, cortes múltiples superficiales de distintas partes del cuerpo³⁵, exhibición de fotos “selfies” de posiciones sexuales provocativas y/o agresivas –tipo sexting– divulgadas subrepticamente con distintos fines en la “Net”) e incluso intentos suicidas por trastornos ansiosos o trastornos depresivos (CDPT) que llevan a psicosis o al suicidio, tal como se observa en algunos individuos disidentes de grupos minoritarios portado-

res de trastorno de orientación sexual egodistónica (TOSE)³⁶. Cabe enfatizar que los estilos de apego continúan su actuación e influencia a lo largo de la vida (conflictos inconscientes no resueltos) y que influyen en las nuevas relaciones, las cuales pueden afectarse por las expectativas desarrolladas en las experiencias de relación previa. Tales estilos tenderán a mostrarse de modo multifacético e influir de manera conflictiva en las relaciones de ayuda, a las que recurren aquellas personas que las requieren a causa de sus trastornos^{15,32,37}. Un conocido factor actual, determinante de la génesis de TM de duración prolongada, es la exposición a la violencia durante la primera infancia, que deviene perjudicial para el desarrollo infantil y su evolución³⁸. Las situaciones de violencia, cuyos efectos se dejan ver u oír en la escuela, los medios y otros ámbitos, no pueden ni deben ser ignoradas o justificadas³⁹.

El concepto de resiliencia (capacidad de sobreponerse a momentos críticos y adaptarse luego de experimentar alguna situación inusual e inesperada y volver a la normalidad), parte del reconocimiento de la heterogeneidad responsiva de las personas a las adversidades, en especial a las ambientales o epigenéticas⁴⁰. Los resultados de la interacción genético-ambiental indican que existe evidencia sobre la influencia genética en la respuesta a todos los entornos y no solo a los malos u hostiles. Las pruebas sobre el

Tabla 7. Dificultades para la atención adecuada de la demanda terapéutica

1. Procedimientos clínicos simultáneos para su abordaje y control
2. Técnica nosopropedéutica adecuada al paciente, en especial si es un caso dual
3. Entrevista clínica y aplicación de historia clínica especializada
4. Comprensión global y controles continuos supervisados

Souza y Machorro M. Psiquiatría de las Adicciones. Editorial Fondo de Cultura Económica, FCE. México 2010. Citado: 30 de marzo de 2022]. UNODC. Drug use prevention, treatment and care. 2019. <http://www.unodc.org/unodc/es/drug-prevention-and-treatment/index.html>. Revisado mar. 12, 2022.

Tabla 8. Casos donde no suele documentarse diagnóstico, ni se indica psicoterapia

1. Trastornos psicóticos no orgánicos y reacciones a estrés grave
2. Trastornos de adaptación y de despersonalización
3. Trastornos no orgánicos del ciclo sueño-vigilia y demás disfunciones no debidas a enfermedades diagnosticadas
4. Trastornos del comportamiento en el puerperio y los derivados de factores psicológicos de trastornos o enfermedades
5. Trastornos del comportamiento, asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos
6. Los trastornos de personalidad y del comportamiento del adulto
7. Experiencia catastrófica y otras causas de estrés, ciertos trastornos de los hábitos y control de impulsos
8. Trastornos de la identidad sexual, las inclinaciones, la orientación y la relación sexual en especial cuando se asocian a consumo de psicotrópicos, CDPT
9. Los vinculados a la producción intencionada o fingimiento de síntomas o invalideces somáticas o psíquicas, entre muchos otros

Souza y Machorro M. El Papel del Lenguaje en el Manejo Profesional de la Patología Dual. Revista APM Psiquiatría 2017; 1ª Época 1(1):28-45. Souza y Machorro M. La psicoterapia: responsabilidad social del psicoterapeuta. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría 2017; 45 (3): 105-110.

punto de inflexión en el curso de la vida, asociadas con experiencias que aumentan las oportunidades y mejoran la supervivencia, son decisivas para el fomento de la resiliencia^{41,42}. No obstante, el enfoque debe centrarse en las diferencias individuales y los procesos causales que reflejan, más que en la resiliencia como una cualidad general. Así, la resistencia en relación con las adversidades de la infancia puede deberse a experiencias positivas de adultos, por lo que es necesario contar con un enfoque más amplio de estudio longitudinal o de “trayectoria de vida”⁴³. Estudios diversos muestran cómo los patrones de cuidado favorecen la resonancia interpersonal y el temperamento reactivo ante la adversidad crónica, que participan a través de desarrollo neural temprano. Por tanto, se espera que las primeras experiencias de vida, como las adversidades de la infancia o las pobres prácticas de crianza, pueden repercutir en la capacidad para hacer frente a factores de estrés en la vida^{27,44}. Además, un pobre afrontamiento del estrés puede conducir al desarrollo de TM, comportamiento de auto daño (intoxicaciones por CDPT solos o combinados, trastornos adictivos con

dependencia, autolesiones, aplicación de piercings, *tatoos*, *self-cutting*) e intentos suicidas y suicidio. La importancia de desarrollar un adecuado afrontamiento para responder a los factores estresantes de la vida, reduce el riesgo de problemas psicológicos y el comportamiento auto lesivo y suicida. En consecuencia, deviene conveniente la continuidad de programas preventivos que afectan el neurodesarrollo y producen severas consecuencias, a la par de acciones para reducir el CDPT⁴⁵, el cual fácilmente incide en las poblaciones vulnerables por su debilidad formativa estructural, psicosocial y educativa, como por las dinámicas enfermizas de las familias de las que proceden, entre otros factores descritos en la literatura⁴⁶. Pero atender adecuadamente este problema nacional no será fácil ni rápido (tabla 7).

La complejidad del problema no permite que se atienda solo con fármacos, si bien no puede hacerse sin ellos. Véase que de entre las más de 500 modalidades diagnósticas incluidas en la CIE-11, no se documenta su adecuado diagnóstico en las instituciones nacionales, ni se indican fármacos específicos o no se dispone de recurso a utilizar⁴⁷ (tabla 8).

Tabla 9. Condiciones favorables para el manejo de los trastornos mentales

1. Condiciones que permitan desarrollar un manejo integral y simultáneo
2. Adecuada capacitación de los profesionales en actividades diagnóstico-terapéuticas
3. Capacitación de personal de salud mental en adicciones y del personal de adicciones en temas de salud mental
4. Coordinación/enlace entre ambos tipos de servicios, hasta ahora formalmente inconexos
5. El procedimiento psicoterapéutico ha de inducir a la persona a construir una relación distinta con su cuerpo y su persona que lo lleve a la salud

Souza y Machorro M. *Psiquiatría de las Adicciones*. Editorial Fondo de Cultura Económica, FCE. México 2010. [Citado: 30 de marzo de 2022]. / UNODC. Drug use prevention, treatment and care. 2019. <http://www.unodc.org/unodc/es/drug-prevention-and-treatment/index.html>. [Citado: 12 de marzo de 2022].

Tabla 10. Requisitos para el manejo de las reacciones al estrés

1. Modalidades reflexivas supervisadas, capaces de reforzar el manejo en dirección benéfica individual, familiar y colectiva
2. Realización de actividades específicamente diseñadas, como con los pacientes duales
3. Promoción del inicio terapéutico oportuno e ininterrumpido
4. Cuidado y evitación de la disminución de la deserción

Souza y Machorro M. Presentación del libro *Adicciones: Visión Integral de su Problemática*. Patología dual. Congreso Internacional 50 años 1066-2016 APM / Ier. Congreso internacional AILANCYP. Por una visión unificada de la psique y del cerebro. Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. y Asociación Ibero Latinoamericana de Neurociencias y Psiquiatría. Puerto Vallarta, Jalisco. México. Junio 9-12, 2016. Rev. Ene, 30, 2022. / Souza y Machorro M. Retos actuales del manejo de la patología dual. Simposio de la Sección Académica de Patología Dual. Reunión Regional de la Vicepresidencia de la Zona Centro. Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. Puebla. Puebla, Nov. 30/Dic. 02, 2018.

De modo que la esperanza del control farmacológico único en forma total, rápida y duradera –sin importar lo que opinen los laboratorios fabricantes, distribuidores, expendedores y la publicidad de los medios–, en estos trastornos y otros del mismo tipo, es simplemente ilusoria^{48,49}. Ante este escenario hemos de preguntar; ¿por qué no se indica psicoterapia a tales casos, lo mismo que en otros TM⁵⁰? Existen ventajas y desventajas en las técnicas de modificación psíquica y resultan útiles a corto y largo plazo. Porque la psicoterapia, más allá de la psicoeducación –cuyo propósito es informar para conducir mejor el manejo–, tiene su mejor utilidad en personas portadoras de las características requeridas. Y si bien la psicoterapia (psicoanalítica, psicoanálisis entre otras) tienen requerimientos y limitaciones en su actuar, es deseable, no obstante, en todos aquellos pacientes que reúnan la indicación y requisitos, pues como técnica reestructuradora a largo plazo, y como procedimiento metodológico, no es comparable a ningún otro en sus resultados edificantes de la personalidad⁴⁷. En tal contexto, los manejos psicofarmacológicos son necesarios, aunque en muchos casos no basta con ellos e incluso

deben usarse con precaución cuando son objeto de abuso por pacientes adictos (**tabla 9**).

El papel del psicoanálisis es alternativa viable doquiera que exista la intoxicación que encubre el montaje imaginario del goce, y donde la droga pretenda suplantar el dolor psíquico de las fallas Yoicas y los déficits estructurales del psiquismo del paciente. Mas no trata la sintomatología, ahí actúan la psicoterapia cognitivo conductual, la grupal, la sistémica, la farmacoterapia, la psicoeducación y otras medidas psicosociales. Pero a cambio, dirige sus esfuerzos a la reestructuración integral de la personalidad (**tabla 10**).

Es ahí precisamente donde hace falta una organización terapéutica constante, capaz de atender a la vez y con la misma preferencia, lo urgente y lo trascendente. Porque si bien la psicoterapia del paciente dual (Pad), complementa el avance de las neurociencias y refuerza el desarrollo de sus recursos, aún falta comprender la etiopatogenia que invade la circunstancia vital y dificulta el diagnóstico, complica el manejo y empeora el pronóstico de los casos. De modo que a quien padece reacciones al estrés como a otros del mismo tipo, no basta con

Hoy, de igual forma, los métodos neurocientíficos que estudian la naturaleza dinámica de la mente identifican la organización neuronal de la subestructura inconsciente y ubican las bases neurológicas del psicoanálisis, como señaló Dr. Erick R. Kandel, Premio Nobel de Fisiología y Medicina 2000, al decir, con todas sus implicaciones biológicas, genéticas, etcétera, que “La psicoterapia y el efecto de los psicofármacos, trabajan en el mismo nivel de los circuitos neuronales y las sinapsis”.

prescribirle, en caso de que se complete la indicación. Pero la adecuada incorporación del personal de salud (PS) a programas de SM que contemplen la reducción del daño, no ha llegado aún a los hospitales de las demás especialidades ajenas a la psiquiatría, por tanto, es necesario reducir la reticencia profesional y social. Existen múltiples dificultades a vencer, dado que no todas las personas la consideran una meta obligada. Debe adaptarse la terapéutica integral a las necesidades individuales, por lo que es necesario reconocer que las generalizaciones y sobre simplificaciones lo mismo dan fe de su buena intención, que de su ingenuidad^{51,52}.

¿Qué se espera de la psicoterapia, además de acompañar y llevar al paciente a situaciones más favorables? Que favorezca los asuntos *intrapersonales* e *interpersonales* del vínculo humano⁴⁷. Considérese, por ejemplo, que el “neuropsicoanálisis”, la resonancia magnética y la tomografía en sus distintos tipos disponen de observación directa de los procesos neurodinámicos. Hoy, de igual forma, los métodos neurocientíficos que estudian la naturaleza dinámica de la mente identifican la organización neuronal de la subestructura inconsciente y ubican las bases neurológicas del psicoanálisis, como señaló Dr. Erick R. Kandel, Premio Nobel de Fisiología y Medicina 2000, al decir, con todas sus implicaciones biológicas, genéticas, etcétera, que “La psicoterapia y el efecto de los psicofármacos, trabajan en el mismo nivel de los circuitos neuronales y las

sinapsis”. Pero *tal complementariedad* dialéctica, reclama respeto por la experiencia subjetiva, pues los pacientes experimentan un tipo específico de aprendizaje centrado en los procesos psíquicos internos, que produce mayor auto regulación de estados afectivos y comportamiento, mayor creatividad y conocimiento de los estados mentales internos y modifica los procesos de representación de la interacción entre uno mismo y los demás⁵³. La preparación alcanzada del personal dedicado a la SM invita a ser cautelosos, porque su praxis difiere entre cada uno de ellos, como en otras especialidades médicas, no obstante que se disponga de la misma actualización, conocimientos técnicos y supervisión clínica, cada uno trabaja con sus peculiaridades, es decir, con su propia personalidad⁵².

Por otro lado, la política académica y de divulgación científica del gremio psiquiátrico y de otras especialidades versus la política de intercambio comercial y económico ofrecido por la industria farmacéutica, a través de sus diferentes apoyos, plantea situaciones dignas de analizarse con cuidado. La incomodidad y descontento de algunos profesionales, señalan el inadecuado uso preferencial del nombre comercial en vez del nombre científico de los medicamentos en las reuniones societarias, en especial cuando se alude a ciertos productos destinados a tratar solo un puñado de TM, los más frecuentes en la especialidad —por cierto, casi siempre los mismos—, creando así un permiso *de facto* en un círculo vicioso, que ensalza el nombre del producto y a sus productores, distribuidores y representantes. Tal costumbre prevalente desde el siglo pasado, de financiar actividades societarias diversas, desdeña a aquellos profesionales de la salud quienes también brindan ayuda y orientación especializada a individuos y comunidades. Por tanto, conviene afinar los términos de tal alianza para mantener la posición digna de las organizaciones. Si bien dichos apoyos han favorecido a la sociedad en general y a los distintos grupos profesionales de distintas maneras, también han reforzado la idea de un “compromiso” u “obligatoriedad” con ellos, para mantener un pacto comercial, que reta y desdeña la ética profesional de los involucrados y promueve la aceptación *a fortiori* de la mención reiterada del producto comercial,

Tabla 11. Tipos, enfoques y objetivos de la psicoterapia en problemas de salud mental

1. Trastornos de ansiedad (trastorno obsesivo compulsivo, las fobias, trastorno de pánico o TEPT, u otros)
2. Trastornos del estado de ánimo (depresión o el trastorno bipolar)
3. TCS (abuso y dependencia al alcohol u otras sustancias legales e ilegales solas o combinadas como los psicotrópicos o las sustancias prescritas; la ludopatía, etcétera)
4. Trastornos de la alimentación (anorexia o la bulimia)
5. Trastornos de personalidad (trastorno límite de la personalidad, trastorno dependiente de personalidad, narcisista de personalidad u otros)
6. Esquizofrenia u otros trastornos que provocan la desconexión con la realidad y manifestaciones conductuales bizarras (trastornos psicóticos)

Souza y Machorro M. La psicoterapia: responsabilidad social del psicoterapeuta. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2017;45(3):105-110. / Mayo Clinic Family Health Book. fifth. Ed. may, 29, 2018. / Souza y Machorro M. Trastornos adictivos y sexuales. Editorial Prado. México, 2022.

cuando aluden a la utilidad de una sustancia. Al parecer los usos y costumbres al efecto nunca han mostrado en los hechos, la delimitación adecuada de la participación de la industria en las distintas actividades profesionales. Hoy, bajo la premisa del “*compliance*”—que nadie interpreta lo que significa y toma de distintas maneras— se han modificado tanto así las prebendas, que casi dejan *ex sangüe* a algunas mesas directivas. En contraste, cabe señalar que las reuniones y congresos de sociedades psicoterapéuticas y psicoanalíticas en el mundo, no han solicitado ni recibido semejante apoyo de la industria, lo cual no se explica por casualidad. No obstante, continúan reuniéndose, publicando y haciendo presencia académica y social en la mayoría de los países del mundo^{47,54}.

TRATAMIENTO

El abordaje psicológico en sus distintas modalidades es sugerido para el manejo integral de los casos, en especial cuando existe asociado un CDPT, derivado de la situación estresora. Se considera que son más específicos y profundos, lo que no representa, sin embargo, negación u oposición, reticencia a su uso ni descalificación a la comprobada utilidad farmacoterapéutica, sino énfasis en la conveniencia de aplicar un recurso único y en muchas ocasiones complementario, según sea el tipo de problema para rehabilitar o reintegrar socialmente al paciente. Los psicofármacos se incorporan para aliviar los síntomas ansioso-depresivos u otros, por tiempos breves. En complementariedad, la psicoterapia ha sido benéfica en el manejo principal de las reacciones al

estrés, en especial en los TAPN, a través de sesiones de tipo familiar, grupal o individual de corto y largo plazo. Según el caso y su evolución, dado que proporcionan apoyo emocional, ayudan a volver a los hábitos normales, facilitan el conocimiento del por qué el acontecimiento estresante afectó tanto y enseñan habilidades para controlar el estrés y hacer frente a desafíos o situaciones, a fin de lidiar con los acontecimientos causales. En esa dirección, cabe enfatizar que el recurso y abordaje psicoterapéutico ha sido desdeñado en el manejo psiquiátrico, tanto por ignorancia como por prejuicios, pese a haber probado su eficacia en los mecanismos de acción y en los resultados sobre determinados trastornos, como afirmó el Premio Nobel Dr. Kandel, cuando dijo: “Todas las enfermedades tienen un componente emocional, aunque no sea en todas, la causa”⁵³ (tabla 11).

Se trata de un abordaje útil para el tratamiento de muchos TM, que consiste en hablar con un especialista adecuado al efecto. Durante la psicoterapia, se aprende a conocer el curso y vicisitudes de la enfermedad y los estados de ánimo, sentimientos, pensamientos y comportamientos. De modo que el paciente aspire a tomar el control de su vida y responder a situaciones exigentes mediante estrategias saludables para hacer frente a desafíos y situaciones de manera adaptativa. Existen variados tipos y enfoques de psicoterapia, que dependen de la situación particular. En consecuencia, se destaca que no todas las personas que se benefician de la psicoterapia están diagnosticadas con un TM. Pero el procedimiento puede ayudar con una cantidad de preocupaciones y

Tabla 12. Beneficios generales de la psicoterapia

1. Resolver conflictos (con la pareja u otras personas)
2. Aliviar la ansiedad o el estrés (laboral u otras situaciones de conflicto)
3. Enfrentar cambios importantes de la vida (divorcio, muerte de un ser querido, pérdida de trabajo)
4. Aprender a controlar las reacciones no saludables (agresiones por cuestiones de tráfico o el comportamiento pasivo-agresivo)
5. Asumir un problema de salud físico grave o progresivo (diabetes, cáncer, hipertensión o dolor inevitable y otras enfermedades a largo plazo y/o degenerativas)
6. Recuperarse de un abuso físico o sexual (vivir o presenciar actos de violencia)
7. Afrontar los problemas sexuales (de causa física o psicológica, a menudo se combinan)
8. Corregir alteraciones del dormir (insomnio inicial, medial o terminal) cuando existen para conciliar el sueño, permanecer dormido o hay despertares nocturnos múltiples derivados del estrés u otros problemas psicofísicos
9. Enseñar y favorecer las conductas adaptativas

Souza y Machorro M. La psicoterapia: responsabilidad social del psicoterapeuta. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2017;45(3):105-110. / Mayo Clinic Family Health Book. fifth. Ed. may, 29, 2018. / Souza y Machorro M. Trastornos adictivos y sexuales. Editorial Prado. México, 2022.

Tabla 13. Metas de la utilización específica por tipo de terapia

1. Para identificar creencias negativas y conductas poco saludables para ser reemplazadas por otros positivos, saludables y adaptativos (terapia cognitiva/conductual)
2. Enseñar estrategias de comportamiento para manejar el estrés, controlar las emociones y mejorar las relaciones con los demás (terapia conductual dialéctica, derivada de la terapia cognitivo/conductual)
3. A tomar conciencia de los pensamientos y sentimientos; aceptarlos y comprometerse a realizar los cambios necesarios, lo cual aumenta la capacidad de afrontar las situaciones y adaptarse a ellas (terapia de aceptación y compromiso)
4. A reconocer los pensamientos y comportamientos inconscientes y a desarrollar nuevas formas de observar las motivaciones de los comportamientos y a resolver conflictos
5. Abordar los problemas de las relaciones actuales con otras personas; mejorar las habilidades interpersonales y suplir la forma como se relaciona el paciente con las demás personas, familiares, amigos y colegas (psicoterapia interpersonal)
6. Forzar la capacidad de afrontar el estrés y las situaciones difíciles. Este tipo de manejo se ofrece en diferentes formatos terapéuticos y puede ser efectiva en todos los grupos de edades (psicoterapia de apoyo)

Souza y Machorro M. La psicoterapia: responsabilidad social del psicoterapeuta. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2017;45(3):105-110. / Mayo Clinic Family Health Book. fifth. Ed. may, 29, 2018. / Souza y Machorro M. Trastornos adictivos y sexuales. Editorial Prado. México, 2022.

conflictos de la vida. En muchos casos, la psicoterapia puede resultar igual de efectiva que los medicamentos (antidepresivos, ansiolíticos, etcétera) (**tabla 12**).

Sin embargo, dependiendo de la situación específica *per se*, puede no ser suficiente para aliviar los síntomas de una enfermedad mental, de la misma forma que el manejo exclusivo con psicofármacos sin apoyo psicoterapéutico adecuado en muchas alteraciones mentales^{51,55}. Se ha documentado que los tratamientos simultáneos tienen mejor pronóstico inmediato y a largo plazo, en la mayor parte de los casos con pocos riesgos. Al explorar las experiencias y sentimientos difíciles, dolorosos o vergonzantes, el paciente puede sentirse por mo-

mentos incómodo a nivel emocional. No obstante, los riesgos se minimizan cuando se trabaja con un terapeuta adecuado al tipo de terapia que requiere el caso y a su intensidad. Lo cual ocurre en el devenir del procedimiento —mas no antes—, salvo que haya antecedentes de psicoterapia efectiva previa. Los distintos tipos de psicoterapia son más efectivos unos que otros para tratar determinados trastornos. En muchas ocasiones los terapeutas utilizan una combinación de técnicas. El terapeuta tendrá en cuenta la situación y preferencias particulares para determinar qué enfoque resultará más adecuado^{51,55}. Diversos tipos y técnicas de psicoterapia con efectividad comprobada, incluyen ayuda (**tabla 13**).

Tabla 14. Condiciones para la duración y frecuencia de las sesiones

1. La situación o enfermedad mental en particular y gravedad de los síntomas
2. Su duración o tiempo de convivencia con el problema
3. Rapidez de la evolución
4. Monto de estrés que se padezca
5. Intensidad y afectación de los problemas de salud mental y su interferencia con las actividades cotidianas
6. Monto de ayuda recibida de los familiares y otras personas
7. Restricciones derivadas del costo del tratamiento, seguro médico –en su caso–, y adecuaciones
8. Pueden requerirse solamente algunas sesiones para afrontar un problema de corto plazo
9. En otros casos puede durar un año o más, dependiendo de si tiene un t. mental prolongado u otros problemas de largo plazo aún sin resolver o continúan produciéndose
10. Puede ser dirigida en especial al aprendizaje de las habilidades para hacer frente a desafíos o situaciones que ayudan a controlar y dominar los sentimientos negativos y los temores

Kandel ER, Schwartz James H, Jessell Thomas M. Principios de Neurociencia. 4a edición. Mcgraw Hill, 2015. [Citado: 30 de marzo de 2022]. / Souza y Machorro M. La psicoterapia: responsabilidad social del psicoterapeuta. Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría 2017;45(3):105-110. / Mayo Clinic Family Health Book fifth. edition. May, 29, 2018.

En la mayoría de los tipos señalados, el terapeuta impulsa a hablar sobre los pensamientos y sentimientos y sobre todo a lo que a uno preocupa. Es esperable que sea difícil al inicio hablar acerca de los sentimientos. Pero se impulsará la seguridad y comodidad a medida que pasa el tiempo. En las sesiones suelen ocurrir conversaciones emocionalmente intensas, es posible que al remover recuerdos se produzcan distintas reacciones como llanto e ira, angustia o incluso arrebatos de malestar en medio de una sesión.

Algunas personas han comentado sentirse agotadas físicamente después de una sesión. El terapeuta debe estar siempre disponible para ayudar a enfrentar tales sentimientos y emociones. Asimismo, puede solicitar que se hagan a modo de tarea, actividades o prácticas basadas en lo que se aprende durante las sesiones. Con el tiempo, hablar sobre las inquietudes puede ayudar a mejorar el estado de ánimo, cambiar la forma en que se piensa y siente uno mismo y mejorar la capacidad para enfrentar los problemas y relaciones con los demás.

De modo excepcional y bajo circunstancias específicas poco frecuentes, las conversaciones son confidenciales. Sin embargo, un terapeuta puede violar la confidencialidad si existe una amenaza inminente a la seguridad (del paciente u otra persona) o si la ley exige que informe sus inquietudes a las autoridades. Al efecto, el terapeuta debe responder

a las dudas sobre la confidencialidad, la duración y frecuencia de las sesiones (**tabla 14**).

Es posible que la psicoterapia no cure la enfermedad en términos radicales, ni logre hacer que una situación desagradable desaparezca, pero brinda la capacidad para poder enfrentarla de una manera saludable y sentirse mejor consigo y con la vida.

CONCLUSIÓN

La adaptación a la circunstancia vital en todo ser humano es imprescindible y refleja salud física y mental. En su defecto, pueden ocurrir alteraciones del amplio espectro biopsicosocial. Unas de ellas son las reacciones al estrés que pueden asociarse a los TCS generando patología dual, la cual casi nunca se diagnostica asociada, en ambientes clínicos generales o especializados. Cabe señalar la escasa presencia de datos epidemiológicos en México de tal comorbilidad, unida al deficiente estudio nacional de la comorbilidad adictivo-psiquiátrica. Ello se corrobora en su habitual omisión en la historia clínica que incluye la comorbilidad, donde también se omiten a menudo consideraciones sobre las funciones inconscientes de las personas, que, en su caso, podrían ayudar clínicamente al manejo psicoterapéutico, no solo en la PD de las reacciones al estrés y TCS, sino de otros TM, previos concomitantes o consecuentes⁵⁶. El ignorante menosprecio y prejuiciosa actitud que evade el correcto uso de la psicoterapia



en la praxis psiquiátrica, desdén su utilidad, pese a la demostración de su eficiencia en las actividades y publicaciones mundiales al respecto (**tabla 15**).

La eficacia de los mecanismos psicológicos fue demostrada por un Premio Nobel hace decenios y, no obstante, continúa la preferencia de enfocarse al pertinente manejo “con base en la evidencia” de las enfermedades, que pueden aplicarse a todos los procedimientos terapéutico-rehabilitatorios que lo permitan, ya que no en todas –hoy por hoy–, es posible. Dada la existencia de más 500 diagnósticos y sub diagnósticos en la CIE-11, parece raro –habría que esclarecer pertinentemente la razón de ello– que se hable en las reuniones del gremio y a conveniencia de la industria que los produce, distribuye y vende, tan solo de menos de diez de ellos –siempre los mismos–. Asimismo, se enfatiza el inadecuado uso del lenguaje en el ambiente clínico, la mala interpretación de los conceptos e interpretación inadecuada de sus significados. Ello nos invita a producir actividades educativo-preventivas que se unan a la orientación que brinda la psiquiatría con visión preventiva, cuyos propósitos buscan la evitación de males mayores dados por los trastornos ya diagnosticados o por diagnosticar⁵⁰. En suma, merced al neurodesarrollo saludable, se forma una adecuada visión del mundo, de la sociedad y de uno mismo; Se adquieren las herramientas intelectuales y prácticas para la adaptación al entorno y así, construir la personalidad con amor propio y confianza en sí mismo³⁸. La meta del despliegue máximo de las capacidades y potencialidades del individuo, persigue un conocimiento crítico de la realidad y una participación social activa y productiva para todos²⁵ (**tabla 16**).

No debe omitirse que las primeras etapas del desarrollo son básicas para el futuro del individuo e influyen toda la vida en su relación con los demás y en su capacidad para participar activa y productivamente en la comunidad^{57,58}. En consecuencia, la disponibilidad de los programas asistenciales para atender los TM y su comorbilidad deben satisfacer ciertas necesidades. Los TM deben formar parte de las políticas de salud pública, para su atención pronta y adecuada, como imperativo comunitario de todos. Tal visión apoya el cuidado de la relación entre la enfermedad y la sociedad, por lo que pre-

Tabla 15. Recomendaciones para optimizar los resultados de la psicoterapia

1. Sentirse cómodo con el terapeuta. En su defecto habrá que buscar otro profesional con quien pueda uno sentirse más a gusto
2. Enfocarse en la terapia como una sociedad entre ambos. La terapia es más efectiva cuando el paciente es participante activo y comparte la toma de decisiones. Deben acordarse con el terapeuta los problemas principales y cómo abordarlos. Juntos establecerán los objetivos y el avance con el tiempo
3. Ser abierto y sincero. El éxito depende de la disposición a compartir pensamientos, sentimientos y experiencias, y considerar nuevas perspectivas, ideas y formas de enfrentamiento. Es un cambio para la vida y las dificultades para abordar ciertos temas a causa de emociones dolorosas, vergüenza o temor sobre la reacción del terapeuta, deben compartirse
4. Cumplir el plan de tratamiento. El estar o sentirse deprimido o sin motivación, hace que el paciente no desee acudir a terapia, pero ello interrumpe su progreso
5. No esperar resultados instantáneos. Trabajar temas emocionales puede ser doloroso y requerir trabajo duro. Se pueden necesitar varias sesiones antes de comenzar a ver alguna mejora
6. Hacer la tarea entre sesiones. La documentación de pensamientos en un diario o el hacer actividades fuera de las sesiones deben cumplirse, como parte del progreso y vencer la resistencia. Las tareas pueden ayudar a poner en práctica lo revisado en las sesiones
7. Si la psicoterapia parece no estar ayudando, debe comunicarse de inmediato. La sensación de que no ha beneficiado la terapia tras de varias sesiones, debe analizarse, para dar oportunidad a decidir hacer algunos cambios o intentar un enfoque diferente, más efectivo, antes de dejarla sin conocer la causa
8. <i>En complementariedad terapéutica</i> , los medicamentos (antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos, sedantes mayores o antipsicóticos, u otros, según sea el caso) para aliviar ciertos síntomas (depresión, ansiedad, insomnio o trastorno del pensamiento u otros síntomas psicofísicos) pueden incorporarse
9. Cuando exista la necesidad clínica de tomarlos por algunos meses, no deben abandonarse sin hablar antes con el médico encargado. Si se interrumpen abruptamente, algunos de ellos pueden provocar síntomas controlables parecidos a los de la abstinencia

Kandel ER, Schwartz James H, Jessell Thomas M. Principios de Neurociencia. 4a edición. McGraw Hill, 2015. [Citado: 30 de marzo de 2022]. / Souza y Machorro M. La psicoterapia: responsabilidad social del psicoterapeuta. Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. 2017;45(3):105-110. / Mayo Clinic Family Health Book. fifth. edition. may, 29, 2018.

Tabla 16. Requisitos para los programas de atención de los trastornos mentales y su comorbilidad

1. Accesibilidad a la población general
2. Flexibilidad de manejo con planes individualizados, basados en las necesidades de cada persona
3. Apego al tratamiento derivado de una sólida alianza terapéutica
4. Considerar el trastorno mental como enfermedad crónica y recidivante de potencial de afectación biopsicosocial
5. Evitar la estigmatización de los pacientes por cualquier concepto
6. Promover su normalización a la asistencia institucional, garantizando su acceso a iguales prestaciones y servicios que el resto de los usuarios
7. Optimizarse los recursos existentes y la mejora de la calidad de la atención, proporcionando un acceso adecuado a mejores prestaciones y posibilidades terapéuticas

Souza y Machorro M. Stigma, ethics and professional therapy in Dual Pathology. Mexican Psychiatric Association. APM Psychiatry Journal. 2014;1(1):25-30. [Citado: 30 de marzo de 2022]. / Rhead B, Shao X, Graves JS, et al. US Network of Pediatric MS Centers. Ann Clin Trans Neurol. 2019 May 15;6(6):1053-1061.

cisa que el PS entienda, atienda, enseñe, gestione y promueva la salud en forma efectiva, en el contexto de la más elemental conciencia social. Caminemos confiados, dijo Cicerón en las “Filípicas”: *Proprio Marte, Proprii auspiciis, Proprio stipendio* (“Por nuestros propios medios, con nuestros propios recursos, a costa nuestra”⁵¹). ●

REFERENCIAS

1. The New England Evidence. N Engl J Med 2022; jan. 6, 386:e9. DOI:10.1056/NEJMe2200149. Disponible en: https://www.nejm.org/oi/fu/10.1056/NEJMe2200149?query=featured_home.
2. Souza y Machorro M. Patología dual y el problema de su rehabilitación y reintegración social. Psiquis (México). 2018 mar-abr;27(2):13-30.

3. Souza y Machorro M. "Bases moleculares de la psiquiatría moderna". Congreso Regional Centro "Psiquiatría: Transformando la Medicina, la Psicoterapia y las Neurociencias". Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. Auditorio "Hermanos Serdán". Hotel Presidente Intercontinental. Puebla de los Ángeles, Pue., junio 23-26, 2011. Revisado mar. 12, 2022.
4. Souza y Machorro M. Acerca del manejo psicoterapéutico de la patología dual. Palabras alusivas a la Graduación de la Maestría de Psicoterapia de las Adicciones. Generación 2014. Colegio Internacional de Educación Superior, CIES. México, 2014. Revista Psiquiatría. 2a. Época No. 1, 2014. Revisado mar. 12, 2022.
5. Fuller-Thomson E; Sawyer JL; Agbeyaka S. The Toxic Triad: Childhood Exposure to Parental Domestic Violence, Parental Addictions, and Parental Mental Illness as Factors Associated with Childhood Physical Abuse. *J Interpers Violence*. 2019 Jun 11:8862605 19853407.
6. UNODC. Drug use prevention, treatment and care. 2019. Disponible en: <http://www.unodc.org/unodc/es/drug-prevention-and-treatment/index.html>. Revisado mar. 12, 2022.
7. Wickham S, Whitehead M, Taylor-Robinson D. et. al. The effect of a transition into poverty on child and maternal mental health: a longitudinal analysis of the UK Millennium Cohort Study. *Lancet Public Health*. 2017 Mar; 2(3):e141-e148.
8. WHO. Executive Board EB130/9 130th Session. December 1, 2011. Global Burden of Mental Disorders and the need for the health and social sectors to respond in a comprehensive and coordinated manner at the country level. Report of the Secretariat. Revisado mar. 12, 2022.
9. Hospital de Sant Pau-Pabellón de Sant Manel. Carga Mundial de Trastornos Mentales Psious 2021. Disponible en: info@psious.com. Revisado mar. 12, 2022.
10. Maercker A; Brewin CR; Bryant RA. et. al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2013, 12, 198-206. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62191-6. Revisado mar. 12, 2022.
11. Robles R; Fresán A; Evans SC. et. al. Problematic, absent, and stigmatizing diagnoses in current mental disorders classifications: Results from WHO-WPA and WHO-IUPsyS Global Surveys. *International J Clinical and Health Psychology*, 2014, 14:165-177. doi:10.1016/j.ijchp. 2014. 3.003. Revisado mar. 12, 2022.
12. Elklit A; Hyland P; Shevlin M. Evidence of symptom profiles consistent with posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in different trauma samples. *European J Psychotraumatology*, 2014, 9 may, 5. 24221. doi:10.3402/ejpt.v5.24221. Revisado mar. 12, 2022.
13. WHO. International Classification of Diseases. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. June, 18. Geneva, 2018.
14. Reed GM; First MB; Kogan CS. et. al. Innovations and Changes in the ICD-11 Classification of Mental and Behavioral Disorders and Developmental Psychiatry, 2019, 18(1):3-19. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/wps.20611>.
15. DSM-5 American Psychiatric Association. DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth ed. Buenos Aires: Panamericana; 2014. Revisado mar. 12, 2022.
16. Definitions in Medicine. 2013. feb. 14. Disponible en: <https://propemedia.blogspot.com/2013/02/concep-basic-in-semiolo-gy.html>. Revisado mar. 12, 2022.
17. McLafferty M; Armour C; Bunting B. et. al. Coping, stress, and negative childhood experiences: The link to psychopathology, self-harm, and suicidal behavior. *Psych J*. 2019 Jun 25. Doi: 10.1002/pchj.301.
18. Souza y Machorro M. Cannabis and health. From myth to evidence. Alfil. Mexico, 2018.
19. S Souza y Machorro M. Psiquiatría de las Adicciones. Editorial Fondo de Cultura Económica, FCE. México 2010. Revisado mar. 12, 2022.
20. Fuller-Thomson E; Sawyer JL; Agbeyaka S. The Toxic Triad: Childhood Exposure to Parental Domestic Violence, Parental Addictions, and Parental Mental Illness as Factors Associated with Childhood Physical Abuse. *J Interpers Violence*. 2019 Jun 11:8862605 19853407.
21. Jaffee SR. The rise and rise of developmental. Perspectives in child psychology and psychiatry. *J. Child Psychology and Psychiatry*. 2019. Editorial. 60, 4:329-332.
22. Sroufe LA; Rutter M. The domain of developmental psychopathology. *Child Development*. 1984; 55, 17-29. Revisado mar. 12, 2022.
23. Medina Alva MP; Caro KI; Muñoz HP. et. al. Child neurodevelopment: normal characteristics and warning signs in children under five years. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública*. 2015; Jul-Sep. 32(3):565-573. Revisado mar. 12, 2022.
24. Yeh HH; Westphal J; Hu Y; Peterson L. et. al. Diagnosed Mental Health Conditions and Risk of Suicide Mortality. *Psychiatr Serv*. 2019 Jun 12:appips201800346. Doi: 10.1176 /appi.ps. 01800346.
25. Rutter M. Resilience as a dynamic concept. *Dev Psychopathol*. 2012 May;24(2):335-44. Revisado mar. 12, 2022.
26. McLafferty M; Armour C; Bunting B. et. al. Coping, stress, and negative childhood experiences: The link to psychopathology, self-harm, and suicidal behavior. *Psych J*. 2019. Jun 25. Doi: 10.1002/pchj.301.
27. Drisko JW. Ongoing Challenges in Conceptualizing and Treating Reactive Attachment Disorder. *Child and Adolescent Social Work J*. 2018, 36, 2: 97-100.
28. Gómez-Andrés D; Pulido Valdeolivas I; Fiz Pérez L. Normal neurological development of the child. *Pediatr Integral* 2015; XIX (9): 640.e1-640.e7. Revisado mar. 12, 2022.
29. Volpe J. Neurology of the newborn infant, 6th edition. Phil. Saunders; 2018.

30. Kjeldstadli K; Tyssen R; Finset A; Hem E. Life satisfaction and resilience in medical school a six-year longitudinal, nationwide and comparative study. *BMC Med Educ*. 2006 Sep 19; 6:48. Revisado mar. 12, 2022.
31. Foster J; Ley M. et. al. Gut Micro biota and Brain Function: An Evolving Field in Neuroscience. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2016 May; 19(5): pyv114. Revisado mar. 12, 2022.
32. Bowlby J. *Secure Base Clinical applications of Attachment Theory*. Collected Papers. London, Tavistock, 1988. Revisado mar. 12, 2022.
33. Levy J; Goldstein A; Feldman R. The neural development of empathy is sensitive to caregiving and early trauma. *Nat Commun*. 2019 Apr. 23; 10(1):1905.
34. Baynes KT, O'Connor TG, Attachment Disorders. *Handbook of DSM-5 Disorders in Children and Adolescents*, 2017.10.1007/978-3-319-57196613: 265-280.
35. Souza y Machorro M. Symposium Tattoos, body piercings and suicide. International Congress of Addictions "Avant-garde models for the care of addictions" Mexico City October 22-26, 2007. Revisado mar. 12, 2022.
36. Spittlehouse JK; Boden JM; Horwood LJ. Sexual orientation and mental health over the life course in a birth cohort. *Psychol Med*. 2019 Jun 13:1-8.
37. Baynes KT; O'Connor TG; Attachment Disorders, *Handbook of DSM-5 Disorders in Children and Adolescents*, 2017.10.1007/978-3-319-57196613: 265-280.
38. Barragán PE. *Neurodesarrollo. Variantes, perspectivas y trastornos*. 1ª Edición. Ediciones gráficas Deseret. México, 2011. Revisado mar. 12, 2022.
39. Fuller-Thomson E; Sawyer JL; Agbeyaka S. The Toxic Triad: Childhood Exposure to Parental Domestic Violence, Parental Addictions, and Parental Mental Illness as Factors Associated with Childhood Physical Abuse. *J Interpers Violence*. 2019 Jun 11:88626051985 3407.
40. Gil J. El niño interior, resiliencia, trauma. La resiliencia como respuesta a los traumas infantiles. Barcelona. Terapia Gestalt. 2020; Junio12. Disponible en Gestaltsalud.com. Revisado mar. 12, 2022.
41. Nurit Yirmiya; Yaari N. Reactive Attachment Disorder. *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders*, 2018. 10.1007/978-1-4614-6435-8_603-3, (1-7).
42. Barudy J; Dantagnan M. Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, Apego y Resiliencia. Editorial Gedisa. Barcelona. 2005. Revisado mar. 12, 2022.
43. Vaillant G. Mental health. *Am J Psychiatry*. 2003,160(8): 1373-84. Revisado mar. 12, 2022.
44. Gómez PF. Desarrollo de la resiliencia en niños factores protectores y factores de riesgo. Sociedad Argentina de pediatría 38 Congreso Argentino de Pediatría 26-29, 2017. Ciudad de Córdoba. Córdoba. Argentina. Disponible en: pgomez@fsm.uns.edu.ar. Revisado mar. 12, 2022.
45. Volkow ND; Baler RD. Addiction science: Uncovering neurobiological complexity. *Neuropharmacology*. 2014. Part B, Jan.76:235-49. Revisado mar. 12, 2022.
46. Souza y Machorro M. Cannabis and health. From myth to evidence. *Alfíl*. Mexico, 2018.
47. Souza y Machorro M. Utilidad de la Psicoterapia y Psicoanálisis en Patología Dual: Complementariedad terapéutica. *Revista Psiquiatría*. 2014. 2a. Época No. 1:23-26. Revisado mar. 12, 2022.
48. Souza y Machorro M. El Estigma y la Patología Dual EN: Franco C; Szerman N; Geraldo A. Compilação. "doença mental e adicoes; duas faces de maesma moeda". Associação Portuguesa de Patologia Dual-APPD. Chiado Ed. Lisboa. Portugal, 2015. Revisado mar. 12, 2022.
49. Souza y Machorro M. Language in health and dual pathology. VII International Congress and X National Congress. Mexican National Academy of Bioethics. Auditorium of the Angel Urraza Polyclinic. Spanish Charitable Society. Spanish Hospital of Mexico. October 15-17, 2015. Revisited mar. 12, 2022.
50. Souza y Machorro M. El Papel del Lenguaje en el Manejo Profesional de la Patología Dual. *Revista APM Psiquiatría* 2017; 1ª Época 1(1):28-45.
51. Souza y Machorro M. La psicoterapia: responsabilidad social del psicoterapeuta. Palabras de graduación de las Maestrías de Psicoterapia de las Adicciones y de Psicoterapia Psicoanalítica, Colegio Internacional de Educación Superior, CIES. Julio 22, 2017. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría* 2017; 45 (3): 105-110.
52. Souza y Machorro M. Retos actuales del manejo de la patología dual. Simposio de la Sección Académica de Patología Dual. Reunión Regional de la Vicepresidencia de la Zona Centro. Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. Puebla. Puebla, nov. 30/Dic. 02, 2018.
53. Kandel ER; Schwartz James H; Jessell Thomas M. *Neuroscience Principles*. 4th edition. Mcgraw Hill, 2015. Revisited mar. 12, 2022.
54. Souza y Machorro M. *Trastornos adictivos y sexuales*. Editorial Prado. México, 2022.
55. *Mayo Clinic Family Health Book*. 2018. fifth. edition. may, 29.
56. Souza y Machorro M. Presentación del libro Adicciones: Visión Integral de su Problemática. Patología dual. Congreso Internacional 50 años 1066-2016 APM y Ier. Congreso internacional AILANCYP. Por una visión unificada de la psique y del cerebro. Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. y Asociación Ibero Latinoamericana de Neurociencias y Psiquiatría. Puerto Vallarta, Jalisco. México. Junio 9 -12, 2016. Revisado mar. 12, 2022.
57. Rhead B; Shao X; Graves JS. et. al. US Network of Pediatric MS Centers. *Ann Clin Trans Neurol*. 2019 May 15; 6(6):1053-1061.
58. Souza y Machorro M. Stigma, ethics and professional therapy in Dual Pathology. Mexican Psychiatric Association. *MPA Psychiatry Journal*. 2014. jan-apr Epoch 1, 1(1):25-30. Revisited mar. 12, 2022.