

Abordaje integral para la intervención de conductas adictivas

Manual práctico para la detección, diagnóstico, remisión y tratamiento en el marco de la Atención Primaria en Salud.



Municipio de Medellín - Secretaría de Salud

Programa Medellín Sana y Libre de Adicciones

ABORDAJE INTEGRAL PARA LA INTERVENCIÓN DE CONDUCTAS ADICTIVAS

Manual Práctico para la detección, diagnóstico,
remisión y tratamiento en el marco
de la Atención Primaria en Salud

SECRETARÍA DE SALUD, 2015

Dr. ANÍBAL GAVIRIA CORREA
Alcalde de Medellín

Dr. JUAN CARLOS GIRALDO SALINAS
Vicealcalde de Salud, Inclusión Social y Familia

Dr. GABRIEL JAIME GUARÍN ALZATE
Secretario de Salud

Dra. CLARA LUZ TRUJILLO ESCOBAR
Subsecretaria de Salud Pública

Dra. GLORIA EMILSE URREGO URREGO
Subsecretaria Administrativa y Financiera

Dra. LIDA TERESITA HERRERA SALAZAR
Subsecretaria de Gestión de Servicios de Salud

Dra. VERÓNICA LOPERA VELÁSQUEZ
Directora Técnica de Planeación

Dra. LINA MARÍA PAREJA HINCAPIÉ
Referente técnico en drogas

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ, 2015

COMITÉ RECTORAL

PADRE JOSÉ WÍLMAR SÁNCHEZ DUQUE
Rector General

PADRE CARLOS ENRIQUE CARDONA QUICENO
Vicerrector Académico

NAIRA GIRLEZA SÁNCHEZ HENAO
Vicerrectora Administrativa y Financiera (E)

ISABEL CRISTINA PUERTA LOPERA
Vicerrectora de Investigaciones

ARCANGELINA CORREA ISAZA
Directora de Extensión y Servicios a la Comunidad

GUSTAVO RIOS FERNÁNDEZ
Director de Planeación

FRANCISCO JAVIER ACOSTA GÓMEZ
Secretario General

ANGELA MARÍA PARRA BASTIDAS
Coordinadora
Convenio de Asociación No. 4600055541 de 2014

Elaboración de contenidos temáticos

MARLY ECHAVARRÍA HENAO

Licenciada en Preescolar

Psicóloga

Especialista en Farmacodependencia

ANA MARÍA GIRALDO LOPERA

Médica y Cirujana

Especialista en Farmacodependencia

Apoyo en la construcción del Capítulo 1: Los trastornos relacionados con sustancias (DSM- 5) desde la perspectiva de la Salud Mental

DR. LUIS FERNANDO GIRALDO FERRER

Médico Psiquiatra

E.S.E Hospital Carisma

Mesa de Expertos en Adicciones, Secretaría de Salud

Asesoría y revisión técnica

Mg. LINA MARÍA PAREJA HINCAPIÉ

Pedagoga Reeducadora

Magíster en Drogodependencias

Coordinadora del Programa Bandera

Medellín Sana y Libre de Adicciones

Secretaría de Salud de Medellín

Dr. HUGO ALBERTO GALLEGU ROJAS

Médico Toxicólogo, Especialista en Farmacodenpendencia

Integrante Mesa de Expertos en Adicciones

Secretaría de Salud

Abordaje integral para la intervención de conductas adictivas
Manual Práctico para la detección, diagnóstico, remisión y tratamiento
en el marco de la Atención Primaria en Salud

ISBN: 978-958-8888-20-0

Presentación

El **Plan de Desarrollo 2012 - 2015 “Medellín, un Hogar para la Vida”**, plantea como Objetivo Superior, el Desarrollo Humano Integral de los y las habitantes de Medellín desde la prevalencia del bien general, la justicia y la solidaridad, las condiciones de vida digna y la convivencia social, la promoción del equilibrado desarrollo territorial y la inserción competitiva de Medellín en los ámbitos subregional, regional, departamental, nacional e internacional. Este Desarrollo Humano Integral será el vehículo para alcanzar un modelo de ciudad equitativa: incluyente en lo social, distributiva en lo económico, democrática en lo político y sostenible en lo ambiental.

En la Línea 1, Medellín “Ciudad que respeta, valora y protege la vida”, desarrolla en el componente 2, “Medellín, ciudad saludable para la vida” cuyo objetivo es facilitar el derecho a la salud de la población como aporte a su desarrollo humano integral y calidad de vida, a través de la promoción y educación en salud, prevención de la enfermedad, control de los factores de riesgo y acceso a los servicios de salud, en el marco de un trabajo intersectorial e interinstitucional con los actores del sistema de protección social, mediante los enfoques de derechos, poblacional, ciclo vital y características de diferenciación, enfoque de determinantes y de territorio se plantea el **Programa Bandera Medellín Sana y Libre de Adicciones-Sexualidad con Sentido** se convierte en la principal iniciativa para reducir el consumo de Sustancias Psicoactivas y aumentar la edad de inicio de las mismas, mediante la implementación de acciones en promoción, prevención y atención.

En este orden de ideas, una de las tantas estrategias del programa, es apoyar la línea de generación de conocimiento mejorando la calidad en la atención en salud, incrementando habilidades del personal médicos, enfermeros y psicólogos para el manejo óptimo frente al consumo de drogas y trastornos mentales y mejorar la accesibilidad, oportunidad, pertinencia y continuidad de la atención en salud mental y a la vez operatividad de la red de prestación de servicios en salud de la ciudad.

Con ello se pretende contar con personal capacitado en el manejo de la atención para el consumo de Sustancias Psicoactivas en la ciudad de Medellín y la articulación de la red pública y privada fortaleciendo su capacidad de respuesta institucional en el marco de la atención primaria en salud.

La Secretaría de Salud de Medellín, en convenio de asociación con la Fundación Universitaria Luis Amigó pone a disposición de profesionales del área de la salud y psicosocial de la ciudad de Medellín, **ABORDAJE INTEGRAL PARA LA INTERVENCIÓN DE CONDUCTAS ADICTIVA. Manual Práctico para la detección, diagnóstico, remisión y tratamiento en el marco de la Atención Primaria en Salud.**

Este Manual tiene por objetivo servir como herramienta de desarrollo conceptual y práctico en la problemática del consumo de sustancias psicoactivas y demás adicciones. De esta forma, pretende convertirse en referencia para el diseño y desarrollo de prácticas y acciones que fomenten y promuevan la detección temprana y oportuna de las personas que presentan estos problemas.

La finalidad del Manual es aportar lineamientos que permitan a médicos, enfermeros y psicólogos adaptar estrategias para sus procesos de intervención desde la atención primaria en salud, de tal forma que se fortalezcan sus capacidades, conocimientos en la importancia para el abordaje de las drogas.

Para tales fines, el Manual desarrolla las siguientes unidades temáticas:

- Capítulo 1: Los trastornos relacionados con sustancias (DSM 5) desde la perspectiva de la Salud Mental.
- Capítulo 2: Aspectos Básicos de Detección y Tratamiento Psicosocial de la adicción en Atención primaria.
- Capítulo 3: Tratamiento Médico de los pacientes con trastornos por uso de sustancias desde la Atención Primaria.
- Capítulo 4: Marco Legal de la Atención en Adicciones en Colombia.

Finalmente, es importante mencionar que este Manual es solo uno de los tantos aportes y esfuerzos que desde el Gobierno Municipal se hacen en concordancia con las líneas de la Política Nacional del Consumo de Sustancias Psicoactivas rigen el país y la ciudad, y en pro del mejoramiento de la calidad y las condiciones de vida de cada uno de los habitantes del Municipio de Medellín.

Introducción

El consumo de drogas es tan antiguo como la humanidad. Se encuentra en la literatura de Europa, África, Asia reseñas del uso como parte de manifestaciones culturales, además se vislumbra lo que ahora se define como abuso, en esas épocas no era reconocido de forma directa como un asunto a ser analizado e intervenido.

En el área de la salud, hace ya muchos años, se reconocen los trastornos adictivos como enfermedades y, en años más recientes, como problemas de salud pública; esto ha permitido que haya un interés mundial creciente en el tema que ha permitido un campo de investigación amplio y ha motivado a los profesionales asistenciales y a los políticos a dar un trato social más comprensivo para estas problemáticas.

Nuestra sociedad tiene la obligación ética ineludible de desarrollar los mecanismos que le permitan suministrar a la población afectada por el consumo de drogas, la posibilidad de hallar tratamiento y recuperarse, para reincorporándose de manera adecuada a su entorno familiar, comunitario y social. Por tal razón se está procurando a través de éste manual medios para hallar elementos de carácter científico que propendan por una intervención adecuada, apuntando hacia la mejor calidad de atención posible, accesible a toda la población que así lo requiera.

Los mayores problemas de salud relacionados con drogas tienen que ver con el alcohol y el tabaco; sin embargo, el hecho de que

estas sustancias estén tan arraigadas en la cultura, hace que sigamos subestimando la magnitud de los trastornos que crean. De otro lado, la información sobre las drogas ilegales está plagada de mitos, temores e inexactitudes y, adicionalmente, el surgimiento de nuevas drogas avanza a una velocidad tal que parece imposible estar actualizado en el tema. Todo lo anterior, sumado a la ausencia de formación en estas áreas en el contexto universitario, hace que los profesionales asistenciales, en muchas ocasiones, eviten enfrentar estas problemáticas o las traten con desdén.

Dentro de este marco, en el primer capítulo del manual se incluye el tema de salud mental, características del individuo sano mentalmente, personalidad normal y saludable, personalidad con trastornos, trastornos relacionados con las sustancias (DSM5) desde la perspectiva de salud mental, criterios de pérdida de control, entre otros, aparecen en este manual respondiendo al objetivo de fomentar la reflexión sobre el tema tanto en el personal de atención primaria como en los usuarios de estos servicios. Este texto pretende favorecer espacios de discusión, inducir la auto observación y que se planeen y realicen actividades orientadas a la promoción de la salud mental.

En el capítulo 2 aparecen elementos estratégicos para los profesionales de varias disciplinas del área de la salud y ciencias sociales que intervienen de forma integral en la detección, el diagnóstico diferencial, el tratamiento y la prevención de recaídas.

Se hace un recorrido a los aspectos básicos a tener en cuenta en la atención primaria desde llega la persona y/o la familia y refiere una problemática asociada al consumo de sustancias psicoactiva u otras adicciones no químicas.

Se presentan protocolos de atención que van desde la primera consulta, el diagnóstico diferencial a jóvenes y adultos de adicciones tales como la marihuana, cigarrillo alcohol, cocaína y la ludopatía como fenómeno que va en aumento en nuestra sociedad colombiana.

Igualmente se encontraran varias pruebas que permiten establecer diagnósticos de distintas adicciones de acuerdo con los estándares internacionales, permitiendo establecer tratamientos acordes a las condiciones de salud de los pacientes y sus familias, considerando fundamentalmente la entrevista motivacional como una estrategia de vital importancia para la adherencia al tratamiento y prevención de recaídas.

En el capítulo tres el énfasis del texto está puesto en el apartado de la historia clínica pues, de su elaboración depende no sólo la aproximación diagnóstica y el plan de tratamiento, sino el establecimiento de un adecuado vínculo terapeuta-paciente, fundamental para las intervenciones motivacionales que lleven al individuo a preocuparse activamente por la solución de sus problemas adictivos.

Además, se incluyen datos estadísticos y secciones específicas para cada droga, en los que se tocan temas atinentes a generalidades, variables farmacocinéticas, efectos de la intoxicación aguda y crónica y del síndrome de abstinencia, y algunas recomendaciones de tratamiento. Para el manejo adecuado de las intoxicaciones se sugiere revisar la Guía de práctica clínica para la detección, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia de alcohol(2013), del Ministerio de Salud y Colciencias, los Protocolos de manejo del paciente intoxicado (2012), elaborado por el Departamento de Farmacología y Toxicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, así como las Guías de manejo de urgencias toxicológicas (2008) del Ministerio de Salud.

En el cuarto y último capítulo, se presenta la legislación colombiana vigente relacionada con el tema de las adicciones, dicho marco legal tiene que ver con el acceso a los servicios de atención para personas con problemas de adicción en Colombia.

Con el propósito de optimizar la atención inicial de los pacientes, este manual va dirigido y se espera contribuir en la formación en adicciones del personal asistencial de atención primaria.

Es un hecho aceptado que la intervención precoz de estos problemas mejora el pronóstico de su evolución y que son los profesionales de atención primaria quienes tienen el primer contacto con los pacientes que padecen estas enfermedades.

Además busca brindar elementos estratégicos para los profesionales de varias disciplinas del área de la salud y ciencias sociales que intervienen de forma integral en la detección, el diagnóstico diferencial, el tratamiento y la prevención de recaídas.

Para el diseño se indago en la literatura reciente de teóricos que se han encargado de investigar de forma profunda las adicciones y proponer lineamientos y pautas tanto para la detección, diagnóstico, tratamiento y prevención de recaídas.

Para su elaboración se revisó literatura científica producida en los últimos 10 años por grupos de investigadores e instituciones reconocidas, incluidas las guías, artículos y recomendaciones de profesionales locales con amplia experiencia en el tema, de fácil acceso y disponibles a través de la red.

Para facilitar la adquisición de la información, en el capítulo 3 al final de cada sección se escribieron unos breves resúmenes con los datos fundamentales de cada una y, además, para facilitar el acceso de personal ajeno al área médica, se elaboró un glosario que contiene la mayoría de los términos técnicos mencionados aquí.

La atención adecuada de estos pacientes se debe basar en la mayor evidencia científica disponible. De allí que los textos consultados tienen en cuenta las escalas de clasificación jerárquica de la evidencia y sus recomendaciones usadas por la MBE (Medicina Basada en la Evidencia), Para darle validez a la evidencia se trabajaron algunos protocolos de manejo del paciente intoxicado (U. de A, año 2012). Así mismo, se tuvo en cuenta el Sistema Grade para valorar la fuerza asignada para cada recomendación (Colciencias, 2013).

Finalmente, este manual pretende contribuir en la oferta de un tratamiento científico, eficaz, respetuoso y cálido que contribuya a menguar el sufrimiento y a mejorar la calidad de vida de las personas que padecen trastornos por uso de sustancias.

Prólogo

El consumo de drogas se ha convertido en un grave problema social en las últimas décadas. Afecta no ya sólo a los países consumidores, sino también a los productores, que poco a poco se convierten también en consumidores. La aparición de nuevas sustancias, la generalización de las más adictivas, y un enorme negocio a su alrededor han convertido este fenómeno en un elemento de preocupación para toda la sociedad. Desde el campo sanitario tenemos que dar respuestas a nivel de políticas, prevención, tratamiento e inserción social.

El presente “Manual práctico para la detección, diagnóstico, remisión y tratamiento en el marco de la atención primaria en salud” desde un abordaje integral para la intervención de conductas adictivas, constituye una herramienta útil para los profesionales que trabajan con las personas con problemas de consumo de drogas. Destaca, además, que el manual vaya dirigido a los profesionales de la atención primaria de salud de la ciudad de Medellín. Ellos ven con mucha frecuencia estos problemas. También son ellos los que hacen una importante labor, desde la detección del problema, el consejo, la derivación, el tratamiento, la prevención, el seguimiento, la mejora de los estilos de vida saludable, el acompañamiento, etc.

El manual tiene cuatro grandes bloques, el primero dedicado a los trastornos relacionados con sustancias (DSM 5) desde la perspectiva de salud mental, otro dedicado a los aspectos básicos de la detección y tratamiento psicosocial de la adicción en atención primaria, consecutivamente ofrece otro dedicado al tratamiento médico de

los pacientes con trastornos por uso de sustancias desde la atención primaria y finalmente un cuarto bloque sobre el Marco Legal de la Atención en Adicciones en Colombia. En ellos se exponen las cuestiones centrales de los trastornos por uso de sustancias, de los abordajes psicosocial y médico, proporcionando una buena integración y complementariedad entre ellos.

Precisamos seguir ahondando en este complejo campo. Son múltiples los factores que se relacionan con el inicio en el consumo de las distintas drogas, como para su mantenimiento y dependencia. Y, también para cuando la persona se plantea reducir el consumo, o dejarlo definitivamente. Disponer de estrategias, recursos y habilidades nos ayuda indudablemente a ello. También con lo que aprendemos día a día podemos mejorar la atención que damos a las personas que padecen adicciones.

No cabe duda de que tenemos que continuar prestando una atención especial a las drogas de mayor consumo: el alcohol, el cigarrillo y la marihuana. Son las drogas que causan cuantitativamente más daño a los individuos, a sus familias, y a la sociedad por el coste adicional que ello acarrea al sistema sanitario. Pero también hay que prestar atención al resto de drogas ilegales, ya que en algunas de ellas van a causar importantes problemas a la salud física, mental junto con otros muchos problemas familiares y sociales, como bien conocemos en el caso de la heroína, y bien conocen los Colombianos por su historia relacionada con el cultivo, producción y tráfico de cocaína. Y bien sabemos que la heroína causa muchos problemas y una alta mortalidad (ej., por sobredosis), como ocurre igualmente con el consumo de cocaína en sus distintas formas elaboradas (basuco, cocaína, ...), o mezcladas con otras drogas (diablo, angelito...). Otras, como las drogas de síntesis, los inhalantes, las anfetaminas, etc., tienen niveles de prevalencia menores que las anteriores, pero también les tenemos que prestar atención por su presencia y uso por parte de los consumidores.

Esta guía es sumamente útil porque contiene información que es de gran ayuda para los profesionales médicos, enfermeros y psicó-

logos que abordan estas problemáticas desde la Atención Primaria en Salud. La inclusión de esquemas, figuras, resúmenes, etc., hacen que su lectura sea cómoda y se puede acudir a este manual de modo rápido cuando haya una duda o para el aprendizaje de aquellas personas que se inician en este campo.

Finalizo felicitando a todas las personas que han participado en este proyecto, liderado por la Secretaría de Salud de la ciudad de Medellín, por su iniciativa y por mimarlo hasta llegar a su final. Todo ello redundará en un mejor abordaje de los problemas de los adictos de Medellín y en una mejora de la calidad de vida de los adictos de esta ciudad tan comprometida con el control y manejo de problemas de las drogas.

Dr. Elisardo Becoña Iglesias

Catedrático de Psicología Clínica

Universidad de Santiago de Compostela

Tabla de contenido

PRESENTACIÓN	6
INTRODUCCIÓN.....	9
PRÓLOGO.....	14

Capítulo 1

DESDE EL CONCEPTO DE SALUD MENTAL HASTA LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS, DSM5 .. 27

Los trastornos relacionados con sustancias (dsm 5) desde la perspectiva de la salud mental.....	33
Referencias	37

Capítulo 2

ASPECTOS BÁSICOS DE DETECCIÓN Y TRATAMIENTO PSICOSOCIAL DE LA ADICCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA..... 37

Conceptos básicos sobre adicciones, según

la organización mundial de la salud.....	39
UN POCO DE HISTORIA.....	42
Atención primaria.....	46
Prevención Universal	49
Prevención selectiva	50
Prevención Indicada	51

Detección de las conductas adictivas 52

Modelos de evaluación clínica	52
Modelo psicométrico	
Modelo psicodinámico	
Modelo médico-psiquiátrico	
Modelos conductuales	

Instrumentos de evaluación.....	53
Entrevista	
Historia clínica	
Cuestionarios	
Autorregistros	
Momentos de la evaluación	56
Evaluación inicial	
Valoración de resultados de componentes y programas	
Evaluación de seguimiento durante el proceso	
Pasos para la detección en adolescentes	60
Recepción y elaboración de historia clínica	
Entrevista inicial para adolescentes	
Instrumentos de tamizaje para adolescentes	
- Audit – Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol	
- Assist- Cuestionario para identificar personas que presentan consumo y problemas relacionados con el consumo de alcohol, cigarrillo y otras sustancias	
- Posit- Cuestionario de tamizaje de los problemas en adolescentes	
- Cuestionario Crafft	
- RQC: Para detección de problemas de salud mental en niños	
- SRQ- Cuestionario de síntomas para adolescentes	
Pasos para la detección en adultos.....	104
Entrevista inicial para adultos	104
Instrumentos de tamizaje para adultos	107
- Assit (Ver páginas 35 a 42).	
- Audit (Ver páginas 42 A 57).	
- DAST- 10	
Instrumentos de detección de acuerdo con algunos tipos de sustancia SPA.....	108
Evaluación del abuso y dependencia del alcohol	108
- Cuestionario CAGE	
- RAPS4-QF	
Evaluación del abuso y dependencia del cigarrillo	112
- Cuestionario de tolerancia de Fagerstrom	

- Test de Richmond	
- Índice de la dureza de fumar	
- Test de Glover- Nilson	
- Escala del Síndrome de dependencia de la nicotina	
Instrumentos para dependencia de drogas ilegales	119
Evaluación de la Ludopatía o juego patológico	120
- Instrumentos para dependencia de drogas ilegales	
- Evaluación de la Ludopatía o juego patológico	
- Entrevista inicial	
Evaluación.....	125
Instrumentos de evaluación.....	127
- Cuestionario de evaluación DSM IV para el juego patológico	
- Cuestionario de juego de South Oaks	
- Cuestionario de jugadores anónimos	
- Cuestionario breve de juego patológico (CBJP)	
Modelo de cambio conductual.....	134
Estadios de cambio	134
Estadio de precontemplación	
Estadio de contemplación	
Estadio de preparación	
Estadio de acción	
Estadio de mantenimiento	
Procesos de cambio en conductas adictivas.....	136
La psicoeducación	
La clarificación de valores	
Solución de problemas	
Planificación de la prevención de recaídas	
Técnicas de relajación	
Entrenamiento en asertividad	
<i>Role-playing</i> o juego de roles	
Técnicas cognitivas	
Reestructuración ambiental	
Clarificación del rol	
Clarificación de necesidades	
Evaluación y <i>feedback</i>	
Evaluación del cambio	141

Entrevista motivacional.....	150
Tratamiento.....	155
Criterios de ubicación de pacientes en servicios de atención	157
Intervención breve	159
Componentes	161
Intervención familiar breve.....	161
Tratamiento de adicciones	163
Terapias cognitivo-conductuales.....	165
Entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento	
Prevención de recaídas	
La terapia de exposición a señales	
Programas de reforzamiento comunitario	
Manejo de contingencias	
Terapias analíticas y psicodinámicas	166
La entrevista psicodinámica	
La intervención	
Terapia familiar.....	169
Entrevista familiar.....	170
Instrumentos de evaluación familiar	171
- Apgar familiar	
- Cuestionario de funcionamiento familiar (FF-SIL)	
- Cuestionario de codependencia (CDC) Roehlingy Gaumond	
Intervención	176
Estrategias de contención que puede implementar la familia	
como coterapeuta	177
Asambleas familiares	
El manual de convivencia familiar	
La observación	
El refuerzo positivo	
El reclamo responsable o confrontación	
La comunicación asertiva	

Tratamiento juego patológico o ludopatía	181
Tratamiento psicodinámico	181
Terapia cognitivo-conductual	182
Técnicas de la terapia cognitivo-conductual	182
Exposición en vivo	
Control de impulsos	
Etapas del tratamiento	184
Asambleas familiares	
El manual de convivencia familiar	
La observación	
El refuerzo positivo	
El reclamo responsable o confrontación	
La comunicación asertiva	
Referencias	187

Capítulo 3

TRATAMIENTO MÉDICO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA	189
---	------------

Epidemiología del consumo	190
Historia clínica	197
Consideraciones previas	197
Papel de la evaluación clínica en el tratamiento del paciente consumidor de sustancias psicoactivas	199
Anamnesis.....	200
Examen físico.....	209
Entrevista a fuentes colaterales.....	214
Diagnóstico.....	215
- Sistemas internacionales de clasificación de enfermedades.....	215
- Instrumentos de evaluación en adicciones.....	220
Exámenes de laboratorio.....	220
- Pruebas de detección de consumo	221
Plan de tratamiento	224

Plan diagnóstico	224
Plan terapéutico	224
- Derivación de pacientes.....	225
- Generalidades sobre el manejo de intoxicaciones agudas y síndromes de abstinencia producidos por sustancias.....	227
Plan de seguimiento	230
Plan de educación.....	230
- Duración de la evaluación clínica.....	231
Efectos agudos y crónicos del consumo de drogas	235
Alcohol.....	235
Introducción.....	235
Tipos de bebidas de alcohólicas.....	236
Definición de UBE (Unidad de Bebida Estándar).....	237
Aspectos farmacocinéticos	237
Interacción con medicamentos.....	238
Mecanismo de acción	240
Cuadros clínicos asociados con consumo de alcohol	241
Intoxicación aguda	241
“Guayabo o resaca”	243
Tratamiento de la intoxicación etílica.....	243
Complicaciones crónicas del uso de alcohol	245
Instrumentos diagnósticos en pacientes alcohólicos.....	251
- Síndrome de abstinencia	252
- Criterios SAA DSM-5.....	252
- Escala CIWA-AR (Clinical Institute Withdrawal Assesment Scale for Alcohol).....	257
- Intoxicación por alcohol metílico.....	259
Tabaco.....	263
Introducción	263
Aspectos fármaco cinéticos	264
Nicotina.....	264
Carcinógenos	265

Monóxido de Carbono (CO)	265
Irritantes.....	265
Interacción con medicamentos.....	266
Mecanismo de acción	266
Intoxicación aguda	267
Efectos del consumo crónico	267
Cáncer	267
Enfermedades cardiovasculares.....	268
Enfermedades pulmonares.....	268
Otras enfermedades.....	269
Síndrome de abstinencia	269
Tabaquismo pasivo.....	270
Cuestionarios en tabaquismo	271
Tratamiento	271
Cocaína	275
Introducción.....	275
Proceso de obtención de la cocaína	274
Nombres comunes.....	278
Aspectos farmacocinéticos	279
Alcohol y cocaína	281
Mecanismo de acción	281
Intoxicación aguda	282
Efectos del consumo crónico	283
Síndrome de abstinencia	284
Tratamiento.....	285
Intoxicación aguda	285
Intoxicación crónica.....	286
Cannabis	288
Introducción	288
Aspectos fármaco cinéticos	290
Mecanismo de acción	291
Intoxicación aguda	292
Efectos del consumo crónico	293
Síndrome de abstinencia	296
Tratamiento.....	297

- Intoxicación aguda	297
Usos terapéuticos.....	298
Sedantes e hipnóticos	299
Benzodiacepinas	299
Introducción	299
Farmacología	300
Aspectos fármaco cinéticos	300
Mecanismo de acción.....	301
Intoxicación aguda	304
Efectos del consumo crónico	305
Síndrome de abstinencia (SA).....	306
Trastornos por uso de benzodiacepinas	308
Tipos de dependencia de benzodiacepinas.....	308
Tratamiento.....	309
Intoxicación aguda.....	309
Intoxicación crónica	310
Prevención de la dependencia.....	312
Bárbitoricos.....	313
Otros (Medicamentos Z)	315
Opiáceos.....	316
Introducción	316
Aspectos farmacocinéticos	318
Mecanismo de Acción.....	319
Intoxicación aguda	319
Efectos del consumo crónico	320
Síndrome de abstinencia	322
Tratamiento.....	322
Otros estimulantes	332
Anfetaminas	332
Xantinas	335
Bebidas energizantes	337
Inhalantes o disolventes volátiles (incluye nitritos).....	338
Intoxicación aguda	340

Efectos del consumo crónico	340
Nitritos	341
Tratamiento de la intoxicación aguda por inhalantes.....	342
Drogas de síntesis y emergentes	344
Clasificación	344
Feniletilaminas.....	344
- “Éxtasis”	345
Efectos agudos.....	347
Complicaciones	347
Efectos crónicos	347
Usos terapéuticos potenciales	348
Tratamiento de la intoxicación por éxtasis	348
- 2CB. (4-bromo-2,5-dimetoxifenilamfetamina)	350
- Metanfetamina.....	350
Derivados opiáceos	351
- Arilhexilaminas	352
- Derivados de la metacualona	353
Alucinógenos	357
- LSD.....	358
Efectos agudos.....	360
Efectos crónicos	362
- Hongos	362
Efectos agudos.....	362
Complicaciones	362
- Cacao sabanero.....	362
Efectos agudos.....	363
Efectos crónicos	364
Tratamiento de la intoxicación por cacao sabanero (escopolamina).....	364
- Mescalina	365
- Yagé	365
Efectos agudos.....	366
Complicaciones	367
Tratamiento de la intoxicación por alucinógenos.....	367

Capítulo 4

MARCO LEGAL DE LA ATENCIÓN EN ADICCIONES369

Ley 1566 de 2012 371

Resolución 5521 de 2013..... 372

Resolución 2003 de 2014..... 375

Evento 414 375

Referencias 377

GLOSARIO..... 378

REFERENCIAS 406

ANEXO 1..... 414

Capítulo 1
DESDE EL CONCEPTO DE SALUD MENTAL
HASTA LOS PROBLEMAS RELACIONADOS
CON SUSTANCIAS, DSM5

El concepto de salud mental es complejo, polémico, en general incompleto y en ocasiones utópico. Existen tantas definiciones como autores se han ocupado del tema y ninguna es considerada como oficial. Sin embargo escudriñando en escritos sobre el tema existen algunos criterios comunes con los cuales es fácil resonar.

Como forma de inducir la reflexión se plantean estos cuestionamientos. ¿Podría hablarse de salud mental si no existen o están muy disminuidos la empatía, la sensibilidad, el sentido del humor, el deseo de vivir, un concepto predominantemente favorable de uno mismo o un sentido de identidad más o menos estable? Y en relación con el consumo de sustancias, para las personas con problemas moderados o graves ¿puede hablarse de salud mental cuando la dimensión interpersonal, el bienestar físico, las actividades cotidianas, los proyectos personales, la productividad social, la emocionalidad y el pensamiento se encuentran distorsionados por un único interés, una conducta dominante, el consumo de sustancias?

Por otro lado, hablar en términos de categorías constantes, esto es, dividir a las personas entre los que tienen salud mental y los que no la tienen, puede resultar restrictivo, impreciso y complejo. El concepto de salud mental, artificialmente se presenta como desligado de la salud física, aunque en la realidad ambas representan dos puntos de vista sobre lo mismo. La salud mental también puede tenerse y perderse, fluctuar durante la vida y que en un momento dado y simultáneamente existan algunos aspectos “sanos” que coexisten con manifestaciones de uno o varios trastornos. Al igual que la salud general, luego de haberse presentado un trastorno, la salud mental podría restituirse a un nivel previo o hacerlo parcialmente hasta el punto donde permite el medio, las condiciones físicas, el temperamento, la historia personal o los propios trastornos mentales.

En esta revisión del concepto de salud mental se mencionan unas cuantas definiciones que tienen contenidos planteados desde el deber ser, desde lo que sería deseable, desde lo ideal. Al igual que otros conceptos ideales sus contenidos orientan más un camino que a un punto de llegada. Las instituciones y el personal de atención primaria deberían trabajar en diferentes aspectos en procura de una salud integral.

La OMS define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual cada individuo consigue desarrollar su potencial, se ajusta con las situaciones normales de estrés vital, puede trabajar y obtener resultados de su trabajo y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. (1). Este enunciado contiene elementos de satisfacción subjetiva, crecimiento individual, control emocional y conductual y funcionalidad aparentemente valiosos cuando se trata de definir este concepto. Sin embargo no se identifica aquí, el origen social y ambiental de donde nace el concepto de salud mental para una determinada comunidad. La salud mental es un concepto socialmente definido. Los grupos, culturas, instituciones y profesionales tienen diferentes maneras de representarse la naturaleza de este. (2). Parecería más fácil identificar cuando la salud mental ha desaparecido o se encuentra debilitada, que definirla por sus componentes en condiciones ideales.

Para la Federación mundial de la salud mental esta es “el mejor estado posible, dentro de condiciones existentes, en la medida en que apunte al despliegue óptimo de las capacidades del individuo, físicas, intelectuales, afectivas, teniendo en cuenta el contexto en que se halla”. En esta definición sin duda se enfatizan las diferencias en aspectos de crecimiento, amplitud de conductas y relación que puede imprimir el medio. Según esto la condición alcanzada en términos de salud mental siempre estará de alguna forma determinada por el ambiente. (3). Dicho de otra forma por Canguilhem “El ser vivo y el medio no pueden ser llamados de normales si son considerados separadamente”. En conclusión se propone que solo se podría definir una salud mental para un determinado contexto, haciendo aún más difícil encontrar un acuerdo completo que clarifique en que consiste. (4).

Para el gobierno de Australia del oeste el concepto de salud mental incluye un sentido apropiado de autoestima, que favorece la capacidad de disfrute y valoración de las otras personas. Para ellos la existencia de salud mental se ve reflejada en la posibilidad de formar relaciones interpersonales positivas, usar las propias habilidades para alcanzar el mayor potencial y manejar los retos que impone la vida. Sugieren algunas estrategias para mejorar la salud mental: expresar los sentimientos, realizar ejercicio de forma regular, dormir de forma suficiente, pasar tiempo con la familia y amigos, desarrollar nuevas habilidades, relajarse y tener pasatiempos y plantearse objetivos realistas. (5)

Para E. Aguilar en su texto de Psicología Médica, las características del individuo mentalmente sano serían:

- Querer vivir
- Contar con una salud biológica adecuada
- Poseer una escala de valores
- Demostrar una independencia personal y madurez que permita enfrentar los conflictos internos e interpersonales
- Desempeñar de manera adecuada las obligaciones sociales hasta el punto que representen una satisfacción y no un deber
- Adaptarse adecuadamente en el medio social, con una razonable tolerancia hacia quienes lo conforman y lograr una participación enriquecedora en lo personal y no con prejuicios en las relaciones con los demás. (6)

Con una perspectiva diferente limitada a los aspectos del individuo, pero que parece pertinente con el tema, Millon, se ocupa más de la personalidad normal o patológica, que del concepto de salud mental. Se entiende personalidad como la forma habitual de sentir, pensar y actuar y además se asume que si bien se modifica a través de la vida, es por definición estable. Además delimita la personalidad como “el resultado de una historia única de transacciones entre los factores biológicos y los contextuales”, de esta manera se toca con la perspectiva psico-biológica de Cloninger. Millon habla de las polaridades en la personalidad, es decir rasgos definidos, que en una de-

terminada medida serian aceptables y en otro grado definirían “lo patológico”. El concepto de la salud mental, se intuye, dimensional ósea que lo normal y lo patológico pertenecen a la misma línea de polaridades y no son conceptos de todo o nada, de blanco o negro, por tanto se podría decir igualmente que la salud mental y su ausencia (mas no la enfermedad mental) están en una línea continua en la cual todas las personas pueden estar ubicadas, descartando la idea de que existen personas “con” y “sin” salud mental.

Este autor desde sus postulados sugiere que “las personalidades normales son más flexibles cuando se adaptan a su entorno, mientras que las personalidades con trastornos muestran conductas mucho más rígidas y muy poco adaptativas”.

Según este autor, la personalidad normal y saludable se caracteriza porque:

- Tiene capacidad para relacionarse con su entorno de forma flexible y adaptativa.
- Las percepciones sobre sí mismo y su entorno son fundamentalmente constructivas.
- Los estilos característicos de su conducta son promotores de salud.

Mientras que la personalidad con trastornos:

- Afronta las responsabilidades y las relaciones cotidianas con inflexibilidad y con conductas desadaptativas.
- Tiene percepciones sobre sí mismo y sobre el entorno frustrantes
- Los patrones de conducta predominantes tienen efectos perniciosos sobre la salud
- Tiene Tendencia a crear círculos viciosos, producto de esas estrategias rígidas e inflexibles, que hacen que el malestar de la persona persista y se intensifique. (7).

Myers, Sweeny y Witmer prefieren conceptualizar el bienestar en lugar de la salud mental y mencionan 5 áreas vitales:

- Esencia o espiritualidad.
- Trabajo y ocio
- Amistad
- Amor
- Autodominio

Además doce sub-áreas:

- Sentido del valor.
- Sentido del control.
- Sentido realista.
- Conciencia emocional.
- Capacidad de lucha.
- Solución de problemas y creatividad.
- Sentido del humor.
- Nutrición.
- Ejercicio.
- Sentido de autoprotección.
- Control de las propias tensiones.
- Identidad sexual e identidad cultural. (8)

Los trastornos relacionados con sustancias (DSM 5) desde la perspectiva de la salud mental

¿Cómo se relacionan los criterios que pretenden definir la salud mental, con los contenidos en el último esfuerzo clasificatorio sobre trastornos mentales, el DSM 5?

El DSM 5 (Manual diagnóstico y estadístico de la asociación psiquiátrica americana) en un esfuerzo por integrar una visión más dimensional que categorial de los trastornos mentales ha incluido una nueva clasificación de los trastornos relacionados con sustancias. En esta última versión se pasa de dos categorías (DSM 4) para los problemas relacionados con sustancias, abuso y dependencia

a una con tres categorías: problema relacionados con sustancias leves, moderados y severos. Para definir estos trastornos se han incluido 11 criterios divididos en cuatro grupos mayores: pérdida de control, deterioro social, uso riesgoso y los farmacológicos (abstinencia y tolerancia).

El primer criterio de pérdida de control esta expresado por estos conceptos:

- Se consume la sustancia por mayor tiempo o en mayor cantidad de la que planeó
- Se expresa deseo permanente de cortar el consumo o controlarlo y puede haber múltiples intentos fallidos de parar o disminuir el consumo
- El sujeto pasa grandes periodos de tiempo obteniendo la sustancia, usándola o recuperándose de sus efectos
- Se experimenta “Craving”, entendido como deseo intenso o ansiedad por la droga, en cualquier momento pero más con ciertos disparadores ambientales

Como se ve previamente quienes se han ocupado de intentar definiciones de salud mental han incluido el aspecto de poseer un sentido de control sobre la propia conducta. Es difícil hablar de salud mental sin un sentido, mayormente realista, del control personal sobre un número importante de conductas y en la mayoría de las situaciones. El concepto de control sobre la propia conducta se nos presenta como claramente dimensional, es posible que se experimente el sentido de pérdida de control sobre por ejemplo la expresión del enojo, o sobre la ingesta de determinados alimentos, o sobre la conducta sexual en algunas épocas y bajo ciertas circunstancias. El sentido clínico que ayuda a identificar el momento en que estas ausencias de control comienzan a convertirse en patológicas incluye la valoración de la frecuencia, intensidad y repercusiones que traen estos episodios de control reducido.

El grupo de criterios de deterioro social está definido por estas condiciones:

- El uso continuo se traduce en fallas para cumplir con obligaciones (trabajo, estudio, familia, casa, etc.).
- Se continúa con el consumo a pesar de problemas persistentes o recurrentes sociales o interpersonales, causados o exacerbados por los efectos de las sustancias
- Se han suspendido o reducido actividades importantes, sociales, ocupacionales.

En este grupo de factores se describen tres conductas y sus consecuencias sociales. Como se señalaba previamente existe un factor común que define la salud mental y es la posibilidad de que el individuo desarrolle una función social en beneficio de sí mismo y de su comunidad. También la conveniencia de desarrollar interacciones interpersonales productivas y placenteras y de lograr la autonomía.

Este grupo resalta el hallazgo clínico común en personas con problemas relacionados con sustancias que consiste en el paulatino aislamiento que llega hasta la marginación. Esta puede ser autoimpuesta o determinada por los grupos sociales que rodean al individuo.

El grupo de criterios de uso riesgoso:

- Consumo de sustancias en situaciones en las que es físicamente de alto riesgo
- El individuo continúa con el consumo a pesar del conocimiento de problemas físicos o psicológicos que probablemente son causados o exacerbados por la sustancia (no es capaz de abstenerse, a pesar de que sabe del peligro).

Estos se ven expresados en términos de los autores analizados sobre salud mental, como el deseable sentido de la autoprotección, y en la postura de Millon sobre la personalidad con problemas en la cual las conductas predominantes tienen efectos perniciosos sobre la salud.

El último grupo que incluye los cambios físicos relacionados con el consumo prolongado e intensivo con la mayoría de las sustancias:

- **Tolerancia:** Aumentar dosis para obtener el efecto y efecto reducido con la dosis habitual.
- **Abstinencia:** Cuadro específico cuando bajan niveles sanguíneos o tisulares.

Estos criterios farmacológicos se asocian con los conceptos de salud mental unificadores en los que por ejemplo se señala que no se pueden separar los conceptos de salud mental y física, ya que son constituyentes de una sola salud. Los criterios farmacológicos que son la tolerancia y los síntomas de abstinencia reflejan la neuroadaptación que el sistema nervioso ha creado ante la presencia de una determinada sustancia por un periodo variable de tiempo.

Esta alteración evidente sobre el sistema nervioso, se verá de alguna manera reflejada en todas las funciones cerebrales, autocontrol, memoria, lenguaje, atención, pensamiento, juicio, etc. y por tanto en la “salud mental”. (9)

La severidad de los trastornos relacionados con sustancias según el DSM 5 estaría en proporción directa con el número de criterios cumplidos de entre los mencionados aquí. Es decir a mayor número de criterios cumplidos mayor gravedad del trastorno relacionado con sustancias.

Llama la atención la exclusión del sufrimiento subjetivo como criterio de trastorno relacionado con sustancias. Esto es posiblemente explicado primero por el enfoque positivista de las clasificaciones actuales en donde en teoría solo es válido lo que es observable por alguien externo, adicionalmente desde una perspectiva psicológica se ha propuesto que los problemas con sustancias se caracterizan por la impermeabilización de quien los sufre en relación con su propio sufrimiento y la anestesia lograda con las sustancias. Sin embargo, al menos en los centros de tratamiento es común la observación del sufrimiento como una de las manifestaciones dominantes de este trastorno.

Referencias

1. OMS http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
2. Witmer, J.M.; Sweeny, T.J. (1992). "A holistic model for wellness and prevention over the lifespan". *Journal of Counseling and Development* 71 (2): 140-148. doi:10.1002/j.1556-6676.1992.tb02189.x.
3. Federación mundial de salud mental, <http://wfmh.com/>
4. CANGUILHEM, G. *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF, 1993. *La santé*. Paris: Sables, (Canguilhem, 1993, p.147);
5. Gobierno de Australia del oeste. http://www.mentalhealth.wa.gov.au/mental_illness_and_health/mh_what_is.aspx
6. Aguilar E. *Psicología Médica*, U. Central, Ecuador, Quito, 1993
7. M.^a PILAR SÁNCHEZ, MARGARITA ORTIZ-TALLO, *Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora Clínica y Salud*, 2007, vol. 18 n.º 3- Págs. 305-324. ISSN: 1135-0806
8. Myers, J.E.; Sweeny, T.J.; Witmer, J.M. (2000). "The wheel of wellness counseling for wellness: A holistic model for treatment planning. *Journal of Counseling and Development*". *Journal of Counseling and Development* 78 (3): 251-266. doi:10.1002/j.1556-6676.2000.tb01906.x.
9. Asociación Americana de Psiquiatría. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos DSM 5, A*

Capítulo 2
ASPECTOS BÁSICOS DE DETECCIÓN
Y TRATAMIENTO PSICOSOCIAL
DE LA ADICCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Conceptos básicos sobre adicciones, según la organización mundial de la salud

Para comenzar, es necesario presentar los conceptos básicos definidos por la Organización Mundial de la Salud (2014) que se desplegarán en el presente capítulo sobre el mundo de las drogas.

Abstinencia: Resultado de evitar el consumo de drogas, ya sea por motivos de salud, personales, religiosos, morales, legales, etc. Frecuentemente, en encuestas o trabajos de investigación, el “abstinente” es definido como una persona que no ha consumido drogas en un determinado periodo anterior (3, 6 o 12 meses).

Abuso de sustancias psicoactivas: La característica principal del abuso de sustancias consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias psicoactivas manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de drogas.

Adicción: Uso repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el usuario (denominado adicto) está periódica o crónicamente intoxicado, muestra una compulsión a tomar una o varias sustancias, tiene gran dificultad para abandonar el consumo o modificar el uso de esas sustancias y trata de obtenerlas casi por cualquier medio. Generalmente, se produce tolerancia y puede aparecer síndrome de abstinencia cuando se interrumpe el consumo.

Conducta de riesgo: Forma específica de conducta de la que se conoce su relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad específica o para un estado de salud deficiente.

Craving: Impulso imperioso, central en toda dependencia de consumir una determinada sustancia con el deseo subjetivo de experimentar sus efectos. El craving supone una reacción aprendida, primero, a partir de la experiencia gratificante del consumo (refuerzo positivo) y, más adelante, fruto de la necesidad para evitar el síndrome carencial (refuerzo negativo).

Daños relacionados con las drogas: Consecuencias adversas del uso de drogas, de carácter social, físico, psicológico, legal o de cualquier otro tipo, que son experimentadas como perjudiciales por el consumidor o por los que viven con él o por otras personas afectadas por las acciones del usuario de drogas.

Droga: Una droga es toda sustancia que, por ser introducida en un organismo vivo y actuar sobre su sistema nervioso central, puede modificar una o varias de sus funciones físicas o psíquicas; por ejemplo: su percepción, estado de ánimo, cognición, conducta o funciones motoras. El nivel de modificación o alteración de las funciones orgánicas por el influjo de una droga depende, en gran medida, de la frecuencia e intensidad (cantidad) de su consumo.

Factor de protección: Atributo o característica individual, condición situacional o contexto ambiente que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad de uso y abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas.

Factor de riesgo: Atributo o característica individual, condición situacional y contexto ambiente que incrementan la probabilidad de uso y abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas.

Tipos de dependencia

Psicológica: Compulsión a consumir droga periódicamente para experimentar un estado afectivo positivo (placer, bienestar, euforia, sociabilidad, etc.) o librarse de un estado afectivo negativo (aburrimiento, timidez o estrés).

Para superar este estado es necesario propiciar cambios en la conducta y emociones, sin necesidad de recurrir a las drogas.

Física: La droga se ha incorporado al metabolismo del sujeto. El organismo se ha habituado a la presencia constante de la sustancia, de tal manera que necesita mantener un determinado nivel en la sangre para funcionar con "normalidad".

Cuando este nivel desciende por debajo de cierto umbral aparece el Síndrome de abstinencia característico de cada sustancia. Cuando es necesario aumentar la cantidad consumida para experimentar los mismos efectos e alude a la noción de tolerancia o, lo que es lo mismo, cuando los efectos de la misma cantidad son cada vez menores.

Patrón de consumo o historia de consumo: Conjunto de factores que determinan una forma particular de uso: Tipo de sustancia (s) psicoactiva (s) de impacto, de inicio, frecuencia, cantidad, vía de administración, tiempo de exposición, episodios de consumo e intoxicación, contexto del consumo y problemas asociados.

Población en riesgo: Grupo de población que, por las circunstancias diversas, se halla más intensamente expuesto que el resto de la población, a uno o más factores de riesgo relacionados con el uso problemático de las drogas.

Prevención: Acción y efecto de las intervenciones diseñadas para cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales del uso de drogas, legales e ilegales. Su objetivo es evitar el inicio del uso de drogas o, bien, el progreso del consumo entre poblaciones en situación de riesgo.

Programa: *En prevención del consumo de drogas, se refiere a un conjunto de actividades coordinadas, realizables en función de unos recursos previamente establecidos, que tienen por objeto el logro de objetivos generales y específicos relacionados con la reducción de los problemas asociados con las drogas y sus usos.*

Promoción de la salud: *Proceso político y social que abarca acciones dirigidas al fortalecimiento de las habilidades y capacidades de los individuos con el fin de que incrementen el control sobre su salud para mejorarla y modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas para mitigar su impacto en la salud pública e individual.*

Redes sociales: *Una red social está constituida por un grupo de personas que interactúan entre sí y que podrían estar o no relacionadas. Las redes se forman en función de intereses comunes y en relación con el mantenimiento de la salud, constituyen relaciones o vínculos sociales entre las personas que pueden facilitar el acceso o movilización del soporte social en favor de la salud.*

Reducción de riesgos: *Describe políticas o programas que se centran en promover la disminución del riesgo de daño por consumo de alcohol o de otras drogas. Las conductas de riesgo son normalmente más inmediatas y más fáciles de medir objetivamente que los daños, particularmente cuando presentan baja prevalencia.*

Resiliencia: *Proceso que implica una compensación de los factores de protección frente a los factores de riesgo, y una acumulación gradual de fuerza emocional que permite a los individuos responder con éxito a los diferentes cambios sociales, económicos y ambientales.*

Síndrome de abstinencia: *Conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variables que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un periodo prolongado o en dosis altas. El síndrome puede acompañarse de signos de trastorno fisiológico. Es uno de los indicadores del Síndrome de dependencia. Es también la característica que determina el significado psicofarmacológico más estricto de dependencia.*

Sustancia psicoactiva: *Sustancia que, al ser ingerida, afecta los procesos mentales (cognición y afectos). Este término es el más neutral y descriptivo para toda clase de sustancias, tanto legales como ilegales, que son de interés para la política sobre drogas. El término “psicoactivo” no implica necesariamente que produzca dependencia y en el lenguaje común se deja como tácito o no expresado, en expresiones como “uso de drogas” o “abuso de sustancias”.*

Tolerancia: *Necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis”.*

(Organización Mundial de la Salud, 2014).

Un poco de historia

El uso de drogas tiene sus orígenes en siglos pasados y en varios países. Hay escritos de griegos y romanos en los que se documenta el uso para provocar efectos placenteros y tratamiento de enfermedades. La implementación de técnicas para el procesamiento ha permitido que sean analizadas por laboratorios químicos para identificar los efectos de los distintos compuestos en la salud. El consumo abusivo de las sustancias adictivas fue evidente con posterioridad, al igual que su tráfico en distintos países (Proyecto Ariadna, 2011).

Se cuenta que los romanos y los griegos conocían los efectos benéficos, especialmente del alcohol y el opio se usaba principalmente en esa época para fines curativos. Los conocimientos acerca de la dependencia y el abuso en el ámbito teórico son más recientes.

De acuerdo con Anicana (2003) existen teorías que explican las adicciones; para el psicoanalista Freud, la dependencia a las drogas se constituye como un trastorno de la personalidad; sin embargo, no logró llegar a resultados significativos en el tratamiento de estas personas. Adler y Sullivan, desde la teoría ambientalista, afirman que los adictos son un producto del ambiente social que habitan las personas, pero el cambio de ambiente tampoco les dio grandes resultados.

Por otro lado, los teóricos del aprendizaje consideran el abuso de las drogas como una conducta que fue aprendida y, con el uso de técnicas de modificación conductual y de reflejos condicionados de

aversión, tampoco aportaron grandes resultados para el tratamiento. También se ha contemplado que las adicciones son un asunto de nutrición o de azúcar en la sangre (Proyecto Ariadna, 2011).

A pesar de las dificultades en las investigaciones teóricas y experimentales, se han logrado múltiples avances, entre ellos, considerar las adicciones desde un punto de vista ecléctico, que tiene orígenes genéticos, psicológicos, ambientales, culturales, por ello, es necesario considerar el uso, abuso y dependencia de drogas como una problemática multicausal para la salud pública de la población mundial puesto que se constituye en un trastorno adictivo recidivante y remitente, que debe ser tratado desde una perspectiva biopsicosocial, reconocer las adicciones como una problemática de múltiples facetas, entre las cuales se encuentra la exposición reiterada a las drogas, los factores biológicos y ambientales. Por ello, es menester contar con la experticia de varias disciplinas desde la detección, el diagnóstico diferencial, el tratamiento y la prevención de recaídas. Es lamentable que la sociedad no reconozca esta problemática como un fenómeno de salud que va en aumento, porque, además, alcanza todos los niveles sociales. Quienes la padecen son estigmatizados y discriminados y se abre una brecha entre los adictos y los sectores de la población que tiene repercusiones en la postura de algunos profesionales de atención primaria respecto a las estrategias para la intervención, se identifican temores, resistencias y hasta desdén y se advierten consecuencias severas en la recuperación y prevención de recaídas, hecho que incide en el desarrollo humano mundial (Proyecto Ariadna, 2011).

Para la atención y tratamiento se han diseñado enfoques teóricos y terapéuticos que buscan dar respuesta y se consolidan mecanismos particulares de atención a personas con problemas de consumo que pasan de objetivos meramente curativos a intervenciones integrales, que incluyen a distintos profesionales de la salud para la atención de los aspectos médicos, psicológicos, familiares y sociales y, sobre todo, se reconoce la importancia de la creación de redes sociales de apoyo a los adictos como factor de protección para la prevención de recaídas.

Por tal motivo es fundamental la atención primaria de salud a las personas con problemas relacionados con las adicciones porque son los primeros contactos del adicto con la red asistencial lo que permite que se instaure una demanda y se den las condiciones para una intervención interdisciplinaria que ofrezca resultados favorables tanto para el adicto en recuperación como para sus familias y la red social cercana (Barra, 2013).

Es preciso reconocer la importancia de la promoción y la prevención en los niveles universal, selectivo e indicado para actuar antes de y no después de que se haya llegado al abuso y adicción. Es necesario que se diseñen planes y programas que fomenten los factores protectores y adquisición de hábitos de vida saludables, más que insistir en lo punitivo y sanciones penales que resultan inútiles, (Casado y Aráuso, 2010); por tanto, la prevención y el tratamiento deben acompañarse de prácticas clínicas y estrategias terapéuticas basadas en las investigaciones y avances científicos multidisciplinarios que se realizan de forma rigurosa y permiten identificar asuntos que inciden sustancialmente en la farmacodependencia y en su recuperación.

Las adicciones y el abuso de sustancias legales e ilegales tienen relación con situaciones de salud, pobreza, violencia, conductas criminales y exclusión social. Para esto se deben buscar mecanismos que disminuyan los costos para la sociedad en cuanto a la productividad, el desarrollo, la seguridad y la política (Organización Mundial de la Salud, 2011). Igualmente, los costos referidos a las intervenciones de salud y las consecuencias económicas del abuso de drogas para el desarrollo de la población en todos los ámbitos.

Todo ello demuestra la necesidad de brindar formación apropiada y eficiente a los profesionales de la salud, para que adquieran herramientas útiles para la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, según se señala en la conferencia internacional sobre la reducción de la demanda *Diálogo las Américas-Asia* (Anicama, 1998).



Es preciso hacer énfasis en la implementación de diversas estrategias con niños y adolescentes porque es un problema de salud (Anicama, 1998) que tiene como población más vulnerable a este sector, prestar mayor atención al conocimiento del incremento del abuso de sustancias en adolescentes, en el contexto de una estrategia integral de atención primaria.

Atención primaria

La atención primaria presenta características particulares como accesibilidad, globalidad y continuidad de la atención y ubica en un lugar preponderante la atención a las personas como un todo en su entorno familiar y social (Montejo, 2001). Estos aspectos permiten que la atención promueva el aumento de los niveles de salud, favorezca hábitos de vida saludable, detección de situaciones de riesgo, reducción de riesgos, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos y, por ende, condiciones y expectativas de vida favorables.

Dentro del espectro de los servicios de la atención primaria se encuentra la intervención individual a grupos poblacionales y de riesgo, familias, comunidades y, también, el tratamiento de las adicciones (Casado y Aráuso, 2004).

Casado y Aráuso (2004) refieren que la gravedad de las conductas adictivas, la vulnerabilidad, evolución a lo largo del tiempo y las condiciones para la repercusión, hacen que la intervención sea de carácter prioritario y en un servicio que se ha de incluir en las entidades de salud que brindan atención primaria. Dentro de los servicios se encuentran:

TIPO DE INTERVENCIÓN

Prevención universal

Fomento de estilos de vida saludables

- Coordinación con maestros y padres
- Trabajo con grupos

Prevención selectiva

Detección de situaciones de riesgo y de conductas de riesgo:

- Detección en población general asintomática
- Detección rutinaria de consumo de drogas mediante cuestionarios estandarizados o ensayos biológicos
- Detección de consumo de medicamentos
- Detección de consumo de alcohol en adolescentes y adultos
- Detección de consumo de tabaco en adolescentes y adultos
- Detección anual de consumo esporádico en personas en situaciones de riesgo y con conductas de riesgo

Consejo en una persona con riesgo

Detección del consumo

- Garantizar la privacidad
- Captación oportunista
- Consideración del patrón de consumo (cantidad y vía) en la detección precoz
- Consignar límites en el consumo y aconsejar el cambio
- Valorar la disponibilidad para el cambio
- Individualizar el tratamiento en términos de intensidad, escenario, duración y modalidad, según el paciente
- Promover tratamientos iniciales para captar y retener
- Adaptar los niveles de motivación y de necesidad de los pacientes en los programas disponibles

Reducción de riesgos

- Consejo sobre uso o correcto del preservativo
- Consejo sobre material y métodos menos nocivos en utilización de drogas por vía intravenosa e inhalada
- Vacunación antitetánica
- Vacunación antihepatitis B
- Vacunación antihepatitis A
- Vacunación antineumocócica en inmunocompetentes
- Vacunación antineumocócica en inmunodeprimidos
- Vacunación antigripal
- Cribado hepatitis B
- Prueba de tuberculina
- Pruebas serológicas para cribado de sífilis
- Pruebas serológicas para cribado de gonorrea en mujeres
- Pruebas serológicas para cribado de gonorrea en varones
- Pruebas serológicas para cribado de VIH en adolescentes, adultos y mujeres embarazadas de riesgo
- Pruebas serológicas para cribado de clamidia en mujeres de riesgo elevado

- Pruebas serológicas para cribado de clamidia en varones
- Evaluación y control de la tuberculosis
- Cribado de riesgo de suicidio
- Cribado de riesgo elevado de violencia
- Informar a los pacientes de los resultados del despistaje
- Considerar la terapia agonista opioide como tratamiento de primera línea para la dependencia opioide
- El mantenimiento con metadona a dosis adecuadas es eficaz en la reducción del uso de opioides

Diagnóstico y tratamiento de las intoxicaciones agudas

- Evaluación, tratamiento, estabilización y derivación en situación adecuada

Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades asociadas con las drogodependencias

- Valoración estandarizada de síntomas coadyuvantes
- Coordinación con el segundo nivel
- Descartar patología dual
- Tratamiento concurrente de los desórdenes psiquiátricos, incluida la farmacoterapia

Inicio y seguimiento de algunas desintoxicaciones

- Captación en Atención primaria y derivación, si es preciso
- Fijar criterios para la desintoxicación, según niveles
- Establecer los objetivos del tratamiento a través de la negociación
- Revisar los tratamientos previos
- Considerar el uso de valoración estandarizada de los síndromes de abstinencia

Prevención indicada:

Rehabilitación (deshabitación)

- Negociar objetivos específicos con el paciente
- Revisar tratamientos previos
- Comunicación basada en la empatía
- Indicar que la terapia psicosocial es efectiva
- Consejo individual y grupal
- Refuerzo motivacional
- Coordinación entre los recursos del sistema y los centros de atención al drogodependiente

Reinserción social

- Técnicas psicológicas y de apoyo social

Control evolutivo

- Establecer consultas programadas para identificar problemas que incrementan el riesgo de recaída
- Discutir la recaída como un signo para reevaluar el plan de tratamiento

- Modificar los planes de tratamiento basados en las condiciones clínicas y psicosociales del paciente

- Monitorización del uso de sustancias

Cuidados paliativos y de atención a domicilio. Lo familiar

- Garantizar y explicitar la confidencialidad
- Proporcionar apoyo psicológico de manera planificada
- Coordinación con otros recursos, especialmente en la fase de deshabituación
- Problemas psicosociales concomitantes
- Terapia conductista en la pareja

Lo comunitario

- Considerar el refuerzo y el tratamiento comunitario
- Enfatizar la adherencia a tratamientos de los programas comunitarios
- Complementar, desde el sistema, el soporte a intervenciones comunitarias y facilitar el desarrollo del soporte comunitario
- Identificar los problemas concurrentes comunitario para mejorar los resultados

Coordinación entre niveles

- El problema debe tratarse todos los niveles involucrados en el sistema sanitario

Coordinación intersectorial

- Los servicios sociales de alta calidad han demostrado conseguir mayores niveles de adherencia a la intervención

Formación de los profesionales

- La formación en clínica y en habilidades en terapia cognitivo-conductista para intervenciones breves

Investigación sobre impactos de las intervenciones

Coordinación intersectorial

- Los servicios sociales de alta calidad han demostrado conseguir mayores niveles de adherencia a la intervención
- Mejorar la calidad de las evidencias
- Medición de los impactos de las intervenciones propias

Tomado de (Casado y Aráuso, 2004, pp. 227-229).

Prevención Universal

La prevención debe enfocarse al fomento de hábitos de vida saludables y comenzar con la infancia para aprovechar el papel central de los padres de familia y los maestros. Por ello, se deben realizar pro-

gramas dirigidos a las familias y establecimientos educativos desde esta perspectiva (Casado y Aráuso, 2004).

Con los adolescentes es de vital trascendencia el fomento de estilos de vida saludables porque se trata de una población muy vulnerable por los cambios físicos y psicológicos que se dan en esta etapa de la vida, pasan por una serie de cambios para los que requieren el acompañamiento de los padres en la búsqueda de una comunicación coherente. Dentro de las estrategias de prevención se puede recurrir a hablar de las drogas directamente (Prevención específica) o no (Prevención inespecífica), según las características de los adolescentes y el contacto que hayan tenido con las drogas y conductas adictivas.

En este punto es oportuno fomentar en los adolescentes la participación en grupos sociales y el aprovechamiento del tiempo libre como factor de protección, que les permita atravesar esta etapa de manera adecuada, con la adquisición de habilidades que les ayuden en su vida e interacción social (Montejo, 2001).

Prevención selectiva

La detección de condiciones de riesgo de consumo y el abuso de drogas y otras adicciones deben hacerse con los equipos de profesionales de la salud de Atención primaria e, igual que en la prevención universal, los adolescentes conforman un grupo que requiere especial atención por los cambios que presentan (Casado y Aráuso, 2004).

Para la detección se pueden usar cuestionarios estandarizados o pruebas biológicas; sin embargo, es difícil la identificación del consumo esporádico porque no se logran hallar evidencias fácilmente.

Cuando se identifican conductas de riesgo y abuso se recomienda establecer mecanismos de comunicación por medio de entrevistas que favorezcan la comunicación y garanticen que no se violará la privacidad (Casado y Aráuso, 2004).

Cuando se haya detectado el consumo es recomendable la remisión al médico para que éste establezca el patrón de consumo, los tipos de drogas usadas, y realice las exploraciones médicas necesarias para determinar el estado de salud y, si es necesario, remitir a un psiquiatra o psicólogo para el diagnóstico diferencial de otras posibles enfermedades mentales.

Prevención Indicada

Cuando se llega a este punto ya se tiene identificado el consumo o abuso de las drogas y es necesario considerar la intervención y reinserción social con la implementación de técnicas psicológicas, farmacológicas, si se considera necesario, y de apoyo social para una adecuada reinserción en la sociedad (Barra, 2013).

Detección de las conductas adictivas

El objetivo primordial de la evaluación clínica del abuso de drogas radica en hacer un diagnóstico claro de abuso o dependencia de sustancias y la relación con otros trastornos, tanto médicos como psiquiátricos. Por lo tanto, la evaluación sirve para planificar e iniciar las intervenciones y tratamientos indicados.

La evaluación es un proceso para tomar de decisiones: “La evaluación es el proceso de recolección de datos sistemáticos, válidos, fiables y relevantes en respuesta a los problemas presentados por la fuente de referencia y con el propósito de tomar decisiones para o acerca de las personas (Lindz, 1981).

Modelos de evaluación clínica

Modelo psicométrico: Establece relaciones y correlaciones estadísticas de resultados en test como expresión de rasgos o atributos más o menos armónicos del paciente. La conducta está determinada por variables que no se manifiestan externamente sino a través del comportamiento (Becoña, 2008). De igual forma, busca la explicación y predicción de la conducta desadaptada del individuo. Estadísticamente, tiene validez el argumento de que la gran dificultad es, a veces, la individualidad de cada ser humano.

Modelo psicodinámico: Becoña (2008) refiere que los comportamientos de los individuos corresponden a “construcciones teóricas

internas que conforman la estructura de la personalidad” (p. 57). En la evaluación se constatan hipótesis psicodinámicas a través de técnicas proyectivas; la interpretación de los datos no es estadística, requiere hacer inferencias que identifiquen factores inconscientes como los responsables de las acciones.

Modelo médico-psiquiátrico: Considera los trastornos conductuales como una enfermedad mental, que se origina internamente y es de carácter biológico. Para la evaluación se usan pruebas estandarizadas en las que los resultados son comparados con normas de referencia.

Modelos conductuales: Para Skinner la evaluación se basa en la observación de la conducta, al igual que la consistente manipulación del ambiente y esta combinación de estímulos genera el cambio de conducta (Becoña, 2008).

Instrumentos de evaluación

Para la evaluación es posible utilizar entre entrevistas clínicas, entrevistas estructuradas y no estructuradas y, autorregistros. El número y tipo de instrumentos depende del criterio clínico profesional. Becoña (2008) esboza brevemente en qué consiste cada una:

Entrevista: Es un instrumento para la evaluación que pretende recolectar información respecto al motivo de consulta y las características personales y contextuales del usuario. Cuando un adicto asiste a consulta con un profesional existen varios motivos para hacerlo, entre ellos, se identifican la presión familiar, presión laboral, de otras personas o, inclusive, por razones legales y, en menor porcentaje, por su voluntad. Por tal razón, es relevante que pueda expresar los motivos que lo llevaron a buscar ayuda (Becoña, 2008, p. 58).

El primer aspecto de la entrevista es la creación de la relación terapéutica y, para ello, se debe promover un estado de comodidad tanto para el paciente como para el profesional; identificar los asuntos

que le producen sufrimiento y mostrar empatía; evaluar la capacidad de introspección del paciente; mostrar experticia en el tema; construir liderazgo como profesional; establecer los roles dentro del proceso terapéutico que inicia.

La entrevista es el instrumento de evaluación clínica más utilizado y se clasifica en no estructurada, estructurada y semiestructurada (Barra, 2013).

La historia clínica: Es el registro completo que se le hace a cada paciente. Se inicia desde la primera cita y culmina al finalizar la terapia, con el respectivo seguimiento. Recoge la anamnesis, los hallazgos de la exploración física, psicopatológica y complementaria, guía el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento, evolución y seguimiento que se hace al paciente hasta que finaliza, momento en el que se realiza el resumen final y cierre.

Para la historia clínica es fundamental recolectar datos del paciente tanto personales, familiares, médicos y de consumo. A continuación se esbozan algunos datos básicos para tener en cuenta en el momento de la evaluación del paciente (Fernández & Gutiérrez, 2002):

- Datos personales del paciente
- Motivo de la consulta
- Enfermedad actual
- Antecedentes familiares
- Antecedentes personales
- Síndrome de dependencia
- Historia toxicológica
- Características del consumo: sustancias y vía
- Tratamientos previos: diagnósticos previos, tratamiento pautado y evolución
- Patología relacionada
- Situación socio-laboral
- Situación familiar
- Situación legal
- Examen del estado mental (en el caso del psicólogo)

- Datos biográficos relevantes
- Exploración física (en el caso del médico)
- Pruebas complementarias

Es menester explorar las siguientes áreas:

- **Estado médico:** Anamnesis médica general, antecedentes de enfermedades graves, accidentes, hospitalizaciones. Examen físico y exploraciones complementarias. Evaluación de los daños y repercusiones orgánicas del consumo. Además de su función meramente diagnóstica sobre las complicaciones del consumo, tiene la virtud de transmitir al paciente que está siendo atendido como enfermo (queda en un segundo plano el temor a un posible enjuiciamiento moral) y habitualmente refuerza el mensaje de preocupación por su salud que le comunica el profesional. Conductas de riesgo ante las enfermedades transmisibles y particularmente sobre el VIH y hepatitis.
- **Estado psicopatológico:** Exploración del estado psicopatológico y grado de ajuste psicológico.
- **Funcionamiento familiar:** Constitución de la familia, miembros, ingresos, nivel de escolarización, normas familiares y comunicación interna, relaciones, pérdidas parentales, etc.
- **Funcionamiento social:** Valorar vivienda, barrio, amigos, parejas, grupos de pertenencia y referencia.
- **Funcionamiento laboral:** Situación de empleo, formación laboral (Fernández & Gutiérrez, 2002).

Cuestionarios: Son una herramienta muy usada para establecer el abuso o la dependencia.

Autorregistros: Es un instrumento de evaluación comportamental que es muy utilizado en la formulación clínica, ayuda a que el paciente registre en hojas, diariamente, comportamientos relacionados con el consumo de drogas.

Momentos de la evaluación (Becoña, 2008)

En la evaluación existen varios momentos que se deben llevar a cabo para una adecuada intervención.

Evaluación inicial: Es preciso que exista correlación entre la demanda de asistencia del individuo y los recursos de atención.

En esta etapa se evalúa la situación de consumo y los recursos personales y sociales para enfrentar el cambio y su grado de motivación para el tratamiento y autocontrol.

Se recomienda que también en la entrevista pueda participar uno o varios familiares o personas significativas para el paciente porque pueden aportar información relevante de los cambios comportamentales.

Valoración de resultados de componentes y programas (Becoña, 2008): Se realiza durante la intervención, cuando se dan cambios, para identificarlos y definir metas.

Evaluación de seguimiento: Evaluación del mantenimiento de los logros alcanzados, así como la aplicación de pruebas de drogas.

Se recomienda que para comenzar cualquier intervención en adicciones se tenga en cuenta, según la garantía de la continuidad en la atención, medios para realizar el diagnóstico diferencial y, por supuesto, la remisión y tratamiento adecuados (Barra, 2010).

Para la identificación de las personas con adicciones o en riesgo, es sencillo cuando acuden por sí mismos a consulta y tienen una demanda de atención, pero cuando no lo expresan directamente o niegan tener un problema, es necesario realizar un acercamiento que genere confianza y permita poner su problemática en palabras.

Barra (2008) plantea que para iniciar la detección de problemas adictivos es necesario tener en cuenta:

- Síntomas físicos que no se explican por otra causa médica.
- Asistencia a otros tratamientos.
- Síntomas psicológicos o enfermedad mental.
- Cambios comportamentales.
- Signos de consumo reciente.
- Efectos tóxicos agudos.
- Problemas familiares, laborales y sociales.
- Problemas legales ocasionados por el consumo.

De igual manera, es oportuno indagar acerca de situaciones relacionadas con el consumo o abuso de drogas cuando:

- Se inicia una historia clínica.
- En promoción y prevención de hábitos de vida saludable.
- Ante demanda directa o indirecta.
- En etapas vitales de la vida (adolescencia, proceso de inserción en el mundo laboral, desempleo, jubilación, etc.)
- Ante situaciones de estrés o cambios vitales de vida.

Cuando la persona no tiene una demanda explícita de atención, Barra (2010), considera que es prioritario plantear en el contexto de la entrevista inicial alguna pregunta acerca del consumo de drogas para controlar el tema en el momento adecuado y de forma idónea y aprovechar preguntas relacionadas con la salud física y mental o algún comentario sobre consumo de alcohol u otras drogas, cuando se traten temas de hábitos de vida saludable. Es oportuno evitar conceptos estereotipados referentes al estado físico, nivel económico o características culturales; también, se debe tener en cuenta que indicios de consumo no significan que existe una adicción.

Cuando se identifica que existe consumo o riesgo de adicción se debe hacer una historia clínica detallada y aplicar instrumentos validados para detectar y efectuar un diagnóstico diferencial. Es preciso tener en cuenta las características de la persona, la generación

de empatía y confidencialidad, cuidar de que no se sienta enjuiciada moralmente.

La creación de un clima favorable para ganar confianza en el paciente, implica, para Barra (2008):

- Adoptar una actitud profesional de escucha respetuosa con las opciones de vida de cada persona, exenta de alarmismos o juicios morales.
- Asegurar la confidencialidad de cada paciente mediante un comentario explícito al respecto.
- La solicitud de su consentimiento, si en algún momento fuera preciso hablar de su caso con terceras personas (familiar o cualquier otra persona).
- Evitar juicios de valor o cualquier clase de comentario estigmatizador o que implique un juicio moral.

Cuando en la entrevista, Becoña (2010), llegue el momento de abordar la pregunta o preguntas acerca del consumo de drogas, éstas deben ser abiertas y claras, en tono neutral y no amenazante. Se pueden usar preguntas como: ¿Ha consumido alguna vez alcohol u otras drogas? ¿En ocasiones consume alcohol u otras drogas? Y es menester aclarar que se hacen estas preguntas para conocer el estado de salud e identificar si toma medicamentos mezclados con alcohol u otras drogas, porque esto puede ser perjudicial.

Si hay abuso de drogas o situaciones de riesgo, la información recopilada inicialmente debe ser ampliada, se puede recurrir al diligenciamiento de la historia clínica detallada y a la aplicación de instrumentos de detección.

De acuerdo con (Barra, 2010), el tamizaje es el primer paso para la detección oportuna, permite identificar las personas que consumen drogas y tienen su salud en riesgo, así como aquellas personas que ya tienen comprometida su salud con consumos abusivos y dependencia; en este momento es necesario brindar una atención primaria adecuada y que dé suficiente seguridad para manifestar

su problemática y garantizar su participación activa en esta primera fase. La atención se debe centrar en la persona, su familia y redes sociales de apoyo, si las tiene.

El instrumento recaba información básica al profesional de la salud para diseñar un plan de intervención y motivación para el cambio de conducta hacia estilos de vida saludables. Para ello, se recomienda el uso de instrumentos estandarizados y validados, con el fin de que la información recopilada se corresponda con la realidad del individuo.

La Organización Mundial de la Salud (2010), está desarrollando herramientas basadas en investigaciones para adultos y para adolescentes, con el objeto de mejorar la atención en temas de salud mental y consumo de drogas, en ambientes de atención en salud no especializados y que, entre otras acciones, puede involucrar intervenciones farmacológicas o psicológicas.

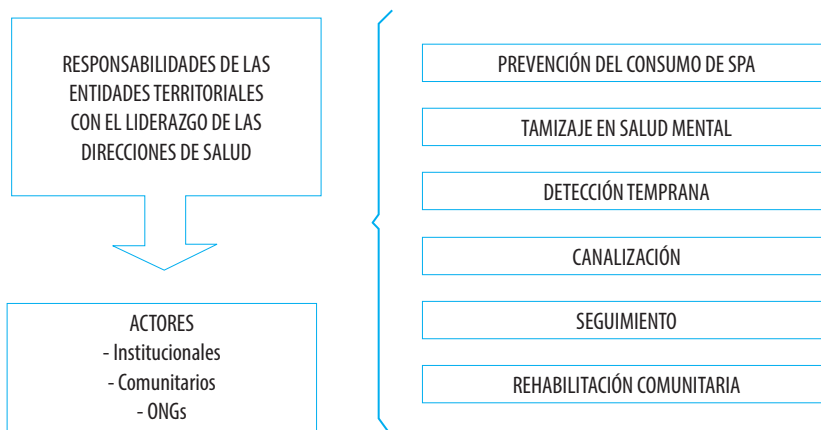
Se pretende que los profesionales de atención primaria reconozcan de manera temprana problemas de salud mental y de consumo en adolescentes, hacer intervenciones breves en casos que lo requieran y remitir, si es necesario, los casos especiales a otras entidades especializadas.

El Plan Nacional de Salud Pública (2011), contempla, en una de sus líneas de acción, la promoción de la salud y la calidad de vida, la prevención de riesgos y la recuperación y superación de los daños en la salud y busca focalizar y priorizar todas las acciones para mitigar los impactos que se generen y reducir los costos en los sistemas de salud colombiano.

Para el Estado es una prioridad la salud mental y las lesiones violentas evitables, dentro de las cuales se encuentran el consumo de SPA. A continuación se presenta un esquema de promoción de salud, según el Plan nacional de salud pública 2007-2010. (Gráfico 1)

Pasos para la detección en adolescentes

Para la detección temprana de situaciones problema en salud mental y consumo es necesario verificar si el adolescente tiene alguna problemática emocional, intelectual, conductual o de interacción por medio de la elaboración de la historia clínica con una anamnesis detallada. Deben tenerse en cuenta “patrones de sueño y alimentación, sobre la satisfacción y motivación para la realización de actividades de la vida cotidiana, sobre el ejercicio de la sexualidad y sobre las cualidades de la relación con la familia o los pares, ofrecen claves que permiten evaluar la posibilidad de encontrarse ante un caso que requiera atención más específica por parte del servicio de salud” (Ministerio de Protección Social, 2011, p. 48).



Tomado de (Ministerio de Protección Social, 2011, p.16).

Recepción del adolescente y elaboración de historia clínica:

En esta etapa se identifican posibles consumos de drogas y problemáticas de salud mental para evitar que se hagan más complejos. Debe indagarse acerca del consumo de SPA, el tipo de sustancias consumidas, la cantidad y frecuencia. También, se deben contemplar situaciones relacionadas con la salud mental y relaciones con la familia, contexto educativo y social.

En la historia clínica se hacen preguntas generales y particulares sobre el consumo de SPA y, si se hallan asuntos relacionados con este tema, se recomienda la aplicación de instrumentos de tamizaje respecto al consumo de drogas o de salud mental (Ministerio de Protección Social, 2013).

Entrevista inicial para adolescentes: En el caso de los adolescentes, la entrevista debe ser abierta, con preguntas acerca de sus gustos e intereses y, posteriormente, tocar el tema, por ejemplo (Barra, 2013) propone: A tu edad, hay jóvenes que salen de rumba y a veces beben. ¿Qué opinas de esto? ¿Conoces a alguien que lo haga? ¿Qué haces cuando sales de rumba? ¿Cuántos tragos aguantas? ¿Qué tomas normalmente? ¿Y alguna vez has tomado o consumido otra cosa? Si es necesario, se solicita que aclaren aspectos que pudieran ser ambiguos, presentar la información recogida de manera resumida para verificar la escucha. A continuación se presenta un modelo de entrevista semiestructurada, que puede ser aplicada de igual forma o servir de punto de partida para el diseño de otra que cumpla con los requerimientos de la entidad y el profesional:

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Nombre _____ Fecha _____

Sexo ___ Edad ___ Escolaridad _____ Teléfono _____

1. Motivo de consulta ¿por qué fuiste canalizado con nosotros? _____

2. Droga principal de consumo _____

3. Historia de consumo (edad de inicio, ha aumentado el consumo a lo largo del tiempo) _____

4. Situaciones principales de consumo _____

5. Frecuencia de consumo más usual durante los últimos tres meses (¿cada cuánto has consumido la droga?)

0 = no consume

1 = menos de una vez al mes

2 = una vez al mes

3 = 1 a 2 veces a la semana

4 = 3 a 6 veces por semana

6. Cantidad consumida con más frecuencia durante los últimos tres meses

7. Problemas relacionados con el consumo (escolares, familiares, personales)
¿has tenido algún problema debido al consumo de drogas? _____

8. Intentos de reducir el consumo (¿has intentado cambiar tu consumo?)

9. ¿Estás dispuesto a participar en una evaluación acerca de tu patrón de consumo y problemas relacionados?

- a) Sí
- b) No

10. ¿Estás dispuesto a participar en un programa de adolescentes para reducir tu consumo de alcohol o drogas?

- a) Sí
- b) No

11. Propuesta del terapeuta

- a) Ingresa al programa para adolescentes
- b) Ingresa al taller de prevención primaria
- c) Otro _____

Observaciones _____

Nombre y firma del terapeuta: _____

Los adolescentes tienen características particulares. Por ello, Campos, Martínez & Ayala (2001), propusieron una entrevista especial, que se basó en la entrevista utilizada en el Programa de auto-cambio para bebedores problema y el “Tratamiento breve para jóvenes» desarrollado en Canadá (Breslin et al., 1999). Este modelo puede ser utilizado en una entrevista inicial o servir de base para la construcción de un modelo propio.

Con el modelo citado se pretende hallar datos generales respecto al joven, su historia de consumo y problemas relacionados.

La entrevista tiene 58 preguntas que se realizan de forma individual y abordan 10 diferentes áreas: datos de identificación, historia de tratamiento, historia del consumo de drogas, área de la salud, área escolar, área laboral, área social y familiar, área de sexualidad, satisfacción en la vida, evaluación del entrevistador y recomendaciones para iniciar el tratamiento. Martínez (2001).

ENTREVISTA INICIAL

Fecha: ____ / ____ / ____.

DATOS GENERALES

Nombre: _____

1. Eres: hombre mujer
 2. ¿Cuántos años tienes? _____
 3. ¿Qué año escolar estás cursando actualmente? _____
 4. ¿Con quién vives? _____
 5. ¿Cuántos hermanos y hermanas tienes? Hermanos _____ Hermanas _____
 6. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos? _____
 7. ¿Qué edad tiene tu papá? _____
 8. ¿Qué edad tiene tu mamá? _____
 9. ¿Hasta qué año estudió tu papá? _____
 10. ¿Hasta qué año estudió tu mamá? _____
 11. ¿A qué se dedica tu papá? _____
 12. ¿A qué se dedica tu mamá? _____
 13. ¿Cuál es tu dirección? _____ Teléfono _____
 14. Aproximadamente ¿cuánto dinero gana tu papá y mamá al mes? _____
 15. Motivo de consulta _____
- _____
- _____
- _____

CONSUMO DE SUSTANCIAS

16. Principal sustancia de consumo (marca sólo una):
____ (1) Alcohol ____ (2) Tabaco ____ (3) Cocaína ____ (4) Heroína ____ (5) Marihuana ____ (6) Pastillas
(7) Otra _____
(8) Consumo varias drogas que considero de igual importancia _____
17. En caso de consumir alcohol, ¿qué tipo de bebida consumes con mayor frecuencia?
____ (1) Aguardiente ____ (2) Cerveza ____ (3) Ron ____ (4) Vino ____ (5) Destilados

18. De acuerdo con la siguiente escala, señala la alternativa que mejor describa tu CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS. Durante el año pasado (marque sólo una opción):

___ (1) Sin problema

___ (2) Un pequeño problema (estoy preocupado al respecto, pero no he tenido ninguna experiencia negativa)

___ (3) Un problema menor (he tenido algunas experiencias negativas, pero ninguna que pueda considerarse seria)

___ (4) Un problema mayor (he tenido algunas consecuencias negativas, una de las cuales puede considerarse seria)

___ (5) Un gran problema, (he tenido algunas consecuencias negativas, dos de las cuales pueden considerarse serias)

19. Desde que el CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS se ha convertido en un problema, ¿cuál es el mayor tiempo consecutivo en que no has consumido? (El mayor periodo de abstinencia. Si no lo hay, marcar "0").

_____ ¿Cuándo ocurrió? ____ / ____ (mes-año)

20. ¿Por qué te abstuviste en esa ocasión? _____

21. ¿Has recibido algún tipo de tratamiento o ayuda para resolver problemas de ALCOHOL O DROGAS?

___ (1) Sí ___ (2) No

22. Tipo de tratamiento/ayuda

___ (1) Centro de desintoxicación ___ (2) Tratamiento C. Externa ___ (3) Tratamiento de C. Interna

___ (4) Asesoría médica ___ (5) Asesoría psiquiátrica ___ (6) Grupos de auto-ayuda

Fecha: mes _____ año _____ Alcohol / Drogas

(Para exfumadores estas preguntas deben contestarse en pasado)

23. ¿Fumas?

___ (1) Nunca he fumado ___ (2) Actualmente fumo ___ (3) Exfumador (< de 1 año) ___ (4)

Exfumador (> de 1 año) no. de años: _____

24. ¿Por cuánto tiempo has sido un fumador regular?: _____

25. Promedio de cigarros fumados diariamente: _____

CUESTIONARIO DE HISTORIA DE DROGAS PSICOACTIVAS

INSTRUCCIONES: Marcar en el cuadro *la respuesta correspondiente*, tomando en cuenta las claves asignadas.

* Nota: Si en el cuadro "CONSUMO" se contesta "NO" el resto del cuadro debe permanecer en blanco.

Tipo de droga	*Consumo 1= Sí 2= No	Total de años de consumo	Último año de consumo	** Frecuencia de consumo más usual durante los últimos 90 días	Cantidad consumida con más frecuencia durante los últimos 90 días
Alcohol					
Cannabis: marihuana, hachís					
Estimulantes: cocaína, crack					
Estimulantes: metanfetaminas					
Anfetaminas/ estimulantes: ritalín, benzedrina, dexedrina					
Benzodiazepanes / tranquilizantes: valium, librium, halción, xanax, diazepam, roofies					
Sedativos/ Hipnóticos/ Barbitú- ricos: amytal, seconal, dalmene, qualude, pentobarbital					
Heroína					
Metadona callejera o ilícita					
Otros opiáceos: tylenol #2 y #3, 282's, percodán, percocet, opio, morfina, demerol, dilaudid					
Alucinógenos: LSD, PCP, STP, MDA, DAT, mescalina					
Peyote, hongos, éxtasis (MDMA), óxido nítrico					
Inhalables: cemento, gasolina, rush, aerosol, thinner, poppers, locker room					
Otros (especificar) _____					

26. Algunas de estas personas han usado algún tipo de drogas (que no sea alcohol o tabaco)

a) Tu papá	(1) SÍ	(2) NO
b) Tu mamá	(1) SÍ	(2) NO
c) Algunos de tus hermanos (as)	(1) SÍ	(2) NO
d) Tu mejor amigo	(1) SÍ	(2) NO
e) Algún familiar que vive contigo	(1) SÍ	(2) NO

27. Algunas de estas personas han tenido algún problema debido a su consumo de alcohol

a) Tu papá	(1) SÍ	(2) NO
b) Tu mamá	(1) SÍ	(2) NO
c) Algunos de tus hermanos (as)	(1) SÍ	(2) NO
d) Tu mejor amigo	(1) SÍ	(2) NO
e) Algún familiar que vive contigo	(1) SÍ	(2) NO

ÁREA DE SALUD

28. ¿Estás siendo atendido por algún problema de salud en la actualidad? ____ (1) Sí ____ (2) No

29. ¿Estás tomando algún medicamento por prescripción médica o te estás automedicando?

____ (1) Sí ¿Cuál? _____ (2) No

ÁREA ESCOLAR Y LABORAL

30. ¿Asistes a la escuela de manera regular? ____ (1) Sí ____ (2) No

31. ¿Cuál fue el promedio escolar que obtuviste el año pasado?

(1) 5 ____ (2) 4 ____ (3) 3 ____ (4) 2 ____ (5) 1 ____

32. ¿Cuál es tu promedio general actual?

(1) 5 ____ (2) 4 ____ (3) 3 ____ (4) 2 ____ (5) 1 ____

33. ¿Debes alguna materia? ____ (1) Regular ____ (2) Irregular

34. ¿Cómo consideras tu desempeño escolar?

____ (1) Muy bueno ____ (2) Bueno ____ (3) Regular ____ (4) Malo ____ (5) Muy malo

35. ¿Has interrumpido tus estudios durante 6 meses o más? ____ (1) Sí ____ (2) No

36. ¿Cuántos días has faltado a la escuela durante este año escolar?
 ____ (1) Ninguno ____ (2) 1 a 2 días ____ (3) 3 a 5 días ____ (4) 6 o más días
37. ¿Has tenido algún problema serio en la escuela relacionado con tu consumo de alcohol o drogas?
 ____ (1) Sí ____ (2) No
38. ¿Trabajas? ____ (1) Sí ____ (2) No
39. ¿Cuál es tu situación laboral? (Marcar sólo una opción)
 ____ (1) Tiempo completo ____ (2) Medio tiempo ____ (3) Trabaja por su cuenta
 ____ (4) Trabajo ocasional
40. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces faltaste a tu empleo como resultado de consumir alcohol o drogas? _____

ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO LIBRE

41. ¿Qué acostumbras hacer cuando no estás en la escuela? (Marcar una respuesta para cada inciso)

	Nunca	Algunas veces	Casi siempre
1) Veo la televisión en casa			
2) Practico algún deporte			
3) Juego o salgo con amigos(as)			
4) Nada y me aburro			
5) Ayudo en las labores de la casa, un instrumento, etc.)			
6) Hago tarea o estudio			
7) Juego nintendo o voy a las máquinas y a los juegos electrónicos			
8) Salgo a pasear con mi familia			
9) Me voy a beber con mis amigos			
10) Escucho música			
11) Hablo por teléfono			
12) Voy a fiestas			
13) Asisto a clases artísticas (baile, tocar)			
14) Voy al cine			
15) Otro (especifica)			

42. ¿Estas actividades están relacionadas con el consumo de alcohol o drogas? ____ (1) Sí ¿Cuál? _____
 _____ (2) No

ÁREA FAMILIAR

43. ¿Cuando estás con amigos o familiares éstos te presionan a consumir alcohol o drogas? ____ (1) No ____ (2) Sí, pero sólo mis amigos ____ (3) Sí, pero sólo mi familia ____ (4) Sí, tanto mis amigos como mi familia
44. De tus amigos o familiares, ¿quiénes te ayudarían a cambiar tu consumo de alcohol o drogas?
____ (1) Padres ____ (2) Hermanos ____ (3) Abuelos ____ (4) Tíos ____ (5) Primos
____ (6) Amigos ____ (7) Pareja _____
45. ¿En los últimos 12 meses has tenido algún conflicto familiar grave? ____ (1) Sí ____ (2) No
46. ¿Cómo describes tu relación con tus padres?
____ (1) Muy buena ____ (2) Buena ____ (3) Regular ____ (4) Mala ____ (5) Muy mala
47. ¿Cómo describes tu relación con tus hermanos?
____ (1) Muy buena ____ (2) Buena ____ (3) Regular ____ (4) Mala ____ (5) Muy mala
48. ¿Tus padres te asignan una cantidad fija de dinero? ____ (1) Sí ____ (2) No ¿Cuánto? _____

49. ¿Cuánto dinero utilizas a la semana en alcohol o drogas? _____

ÁREA DE SEXUALIDAD

50. ¿Has tenido relaciones sexuales? ____ No ____ Una vez ____ Más de una vez
51. Cuando tienes relaciones sexuales ¿utilizas algún método anticonceptivo para evitar el embarazo o para no contraer alguna enfermedad? ____ (1) Sí ____ (2) No ¿Cuál? _____

52. ¿Con qué frecuencia?
____ (1) Siempre ____ (2) Casi siempre ____ (3) Frecuentemente ____ (4) Algunas Veces ____ (5) Nunca
53. ¿Has tenido problemas relacionados a tu conducta sexual? ____ (1) Sí ____ (2) No
54. ¿Has tenido relaciones sexuales después de consumir alcohol o drogas? ____ (1) Sí ____ (2) No

ÁREA DE CONDUCTA ANTISOCIAL

55. ¿Has realizado las siguientes actividades en los últimos doce meses? (Marcar una opción para cada respuesta).

	SÍ	NO
1) Tomar un auto sin permiso del dueño		
2) Tomar dinero o cosas con valor de \$50 o menos que no te pertenecen	1	2
3) Tomar dinero o cosas con valor de \$500 pesos o más que no te pertenecen	1	2
4) Forzar cerraduras para entrar a algún lugar que no sea tu casa	1	2
5) Tomar mercancía de alguna tienda sin pagarla (causar daños)	1	2
6) Golpear o dañar algo (objeto o propiedad) que no te pertenece	1	2
7) Atacar a alguien usando algún objeto como arma. (Cuchillo, palo, navaja, etc.)	1	2
8) Vender drogas (marihuana, cocaína) 1 2	1	2
9) Golpear o herir a propósito a alguien, sin considerar pleitos o discusiones con tus hermanos	1	2
10) Tomar parte en riñas o peleas	1	2
11) Prender fuego a propósito a objetos que no te pertenecen	1	2
12) Usar un cuchillo o pistola para obtener algún objeto de otra persona	1	2

DEPRESIÓN Y RIESGO SUICIDA

56. ¿Te sientes triste con frecuencia? ____ (1) Sí ____ (2) No
57. Durante el último mes has sentido que:

Número de días	0	1 a 3	4 a 6	7 o más
a) No puedes seguir adelante				
b) Tenías pensamientos sobre la muerte				
c) Sentías que tu familia estaría mejor si tu estuvieras muerto				
d) Pensé en matarme				

SATISFACCIÓN PERSONAL

58. ¿Qué tan satisfecho estás con tu forma (estilo) de vida en este momento?
 ____ (1) Muy satisfecho ____ (2) Satisfecho ____ (3) Inseguro ____ (4) Insatisfecho ____
 ____ (5) Muy insatisfecho
59. ¿Cuáles son tus metas para el futuro? _____

Instrumentos de tamizaje para adolescentes: De acuerdo con Campos, Martínez & Ayala (2001): Permiten reconocer el grado de consumo del adolescente y condiciones de salud mental relacionadas e identificar situaciones de riesgo para implementar estrategias de prevención y evitar la aparición de situaciones problemáticas.

Es de vital trascendencia crear un clima de confianza para que el joven pueda responder de manera tranquila y es posible hallar casos de adolescentes que brinden información falsa o inventada, para lo cual se tiene la guía de calificación de cada instrumento, que facilitará la identificación de problemáticas reales o no.

Para facilitar la aplicación del instrumento de tamizaje, en lo posible, debe hacerse de manera tranquila como una conversación, evitar críticas y juicios y los resultados deben ser presentados de inmediato para que el joven vea su proceso de forma natural y se dé cuenta que puede encontrar ayuda.

“El tamizaje es siempre un examen preliminar que arroja indicios sobre la condición para la cual se aplica. Aunque su aplicación no produce un diagnóstico específico, sus resultados pueden ser de enorme utilidad para identificar casos o algún tipo de riesgo, y también para optimizar los procesos de referencia y de atención. (...)

Es importante señalar que para calcular la sensibilidad y la especificidad de un instrumento, debemos saber quién realmente tiene la enfermedad o el evento a detectar y quiénes no lo tienen, de una fuente diferente al instrumento que estamos usando. De hecho, comparamos los resultados arrojados por el instrumento con algún “patrón estándar”, es decir, alguna fuente externa de “verdad” (Ministerio de Protección Social, 2011, p. 45-46).

La aplicación de los instrumentos reemplaza el diagnóstico o es el único elemento para éste y se constituye en una herramienta para hallar alguna condición que pueda afectar la salud del adolescente y hacer intervenciones breves y preparaciones.

Dentro de los instrumentos para detectar consumo de SPA en adolescentes se encuentran:

- **AUDIT – Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol:** Es una herramienta diseñada por la Organización Mundial de la Salud (2001), con el propósito de identificar patrones de consumo o riesgos de alcohol.

En el instrumento se identifica un consumo con riesgo de alcohol como aquel que incrementa las consecuencias adversas para quien lo consume o quienes lo rodean; mientras que el perjudicial es el que produce consecuencias para la salud física y mental. La dependencia se describe como el conjunto de síntomas comportamentales, cognitivos o fisiológicos repetitivos.

El instrumento permite que los adolescentes reconozcan cuándo el consumo de alcohol genera riesgos y cuándo presenta un abuso con consecuencias para la salud con el fin de crear conciencia de la problemática.

Consta de 10 preguntas que tienen en cuenta el consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol, como se presenta en la tabla 1.

Dominios	Número de la pregunta	Contenido del ítem
Consumo de riesgo de alcohol	1	Frecuencia de consumo
	2	Cantidad típica
	3	Frecuencia del consumo elevado
Síntomas de dependencia	4	Pérdida del control sobre el consumo
	5	Aumento de la relevancia del consumo
	6	Consumo matutino
Consumo perjudicial de alcohol	7	Sentimiento de culpa tras el consumo
	8	Lagunas de memoria
	9	Lesiones relacionadas con el alcohol
	10	Otros se preocupan por el consumo

Tabla 1. (Organización Mundial de la Salud, 2001, p. 11).

Para la aplicación del AUDIT es preciso recordar que puede ser usado de distintas maneras con el objetivo de evaluar el consumo de alcohol de los adolescentes y se recomienda explicar de qué se trata el instrumento para motivar a dar respuestas sinceras. Por ejemplo:

“Como parte de los servicios que prestamos para Adolescentes y Jóvenes, estamos interesados en conocer sobre algunas situaciones de la vida de nuestros usuarios, que puedan estar causando algún riesgo para la vida. Para ello, le voy a realizar unas preguntas, por lo que le pido que sea lo más sincero posible. La información que usted me dé no será conocida por nadie y, como se trata de brindarle el mejor servicio, le pido que trate de ser lo más preciso posible con la información. Si tiene dudas sobre alguna pregunta, me puede decir para orientarlo. ¿Está de acuerdo? ¿Tiene alguna pregunta?” (Ministerio de Protección Social, 2011, p. 77).

Es pertinente brindar orientación acerca de qué es un consumo estándar y hacer referencia a las bebidas más comunes en el contexto social. Para la aplicación del instrumento las preguntas deben ser leídas al adolescente, explicar las alternativas de respuesta; cuando se vea que el joven no se encuentra seguro de su respuesta debe hacer es las claridades necesarias, si lo requiere, se acude a ejemplos, pero sin inducir las respuestas. De igual manera, tomar notas referida a las respuestas que aporten información.

Este instrumento (Ministerio de la Protección Social, 2011) brinda la posibilidad de sumar el puntaje durante la aplicación por cuanto cuenta con una escala que acompaña las respuestas entre paréntesis que va del 0 al 4. El profesional pone la puntuación en el cuadro y, al final, hace la sumatoria de todas para hallar el resultado final.

Los resultados más altos hacen referencia a una alta probabilidad de consumo de riesgo y problemático; sin embargo, se debe revisar detalladamente el puntaje de cada pregunta y considerar los siguientes aspectos:

- a) Las puntuaciones iguales o mayores a 1 en la pregunta 2 o en la pregunta 3 indican un consumo en un nivel de riesgo.*
- b) Una puntuación por encima de 0 en las preguntas 4 – 6, sobre todo si presentan síntomas diarios o semanales, implica la presencia o el inicio de una dependencia de alcohol.*
- c) Los puntajes obtenidos en las preguntas 7 – 10 indican la presencia de daños concretos relacionados con el consumo de alcohol.*
- d) Revisar las respuestas a las dos últimas preguntas, ya que éstas pueden mostrar algún nivel de riesgo experimentado en el pasado, así no sea una*

condición actual, puesto que puede implicar el establecimiento de un plan de seguimiento o una recomendación directa, para evitar complicaciones” (Ministerio de Protección Social, 2011,p. 76).

Es menester considerar el puntaje total y el nivel de consumo, los signos de abuso y el daño en su salud. Esta información es relevante para el plan de tratamiento.

Cuando se hace la interpretación es preciso tener en cuenta:

“• Puntuaciones entre 8 y 15, indican un nivel de consumo de riesgo medio, a partir de lo cual se debe realizar algún tipo de consejería y entrega de información que le permita a la persona tomar medidas para reducirlo y evitar los riesgos.

• Puntuaciones entre 16 y 19, indican un consumo de riesgo mayor que implicaría el desarrollo de un proceso de intervención breve, y la referencia a grupos de autoayuda, o grupos juveniles (si se cuenta con ellos) tal y como se describe en la ruta de atención.

• Puntuaciones iguales o mayores a 20, indican un nivel alto de riesgo, y requieren el desarrollo de una intervención breve dentro de los servicios, acompañada de una remisión a una institución especializada (servicios disponibles en el 2° y 3° nivel, CAD, etc.), con el fin de realizar un proceso de evaluación diagnóstica más profundo y brindar atención oportunamente” (Ministerio de Protección Social, 2011, p. 76-77).

El AUDIT, de la OMS, propone usar el siguiente cuadro para identificar el nivel de riesgo de los jóvenes a los que se les aplica la prueba y las acciones de acuerdo con cada caso en particular:

NIVEL DE RIESGO	INTERVENCIÓN	PUNTUACIÓN DEL AUDIT
Zona I	Educación sobre alcohol	0-7
Zona II	Consejo simple	8-15
Zona III	Consejo simple más terapia breve y monitoreo continuo	16-19
Zona IV	Derivación al especialista para una evaluación diagnóstica y tratamiento	20- 40

Tomado de: (Ministerio de Protección Social, 2011, p. 77).

Es necesario tener más datos que permitan hacer la detección y remisión y, si es del caso, se pueden revisar los criterios diagnósticos del CIE – 10, que es la escala de Clasificación Internacional de Enfermedades, ésta hace referencia a la presencia de tres o más síntomas, al menos un mes o si han durado menos de un mes, deben haber aparecido juntas de forma repetida en algún periodo de doce meses:

- *Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol,*
- *Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el inicio del consumo, otras para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida,*
- *Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico del alcohol o el consumo de la misma sustancia (o una muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia,*
- *Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas,*
- *Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de alcohol, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir el alcohol o para recuperarse de sus efectos,*
- *Persistencia en el consumo de alcohol a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como se evidencia por el consumo continuado una vez que el individuo es consciente o era de esperar que lo fuera, de la naturaleza y extensión del daño” (Ministerio de Protección Social, 2011, p. 79).*

A continuación se presenta el cuestionario AUDIT:

AUDIT**Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol: versión de entrevista**

Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece el AUDIT así: «Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año». Explique qué entiende por «bebidas alcohólicas» utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, vodka, etc. Codifique las respuestas en términos de consumiciones («bebidas estándar»). Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
 - (0) Nunca (pase a las preguntas 9-10)
 - (1) Una o menos veces al mes
 - (2) De 2 a 4 veces al mes
 - (3) De 2 a 3 veces a la semana
 - (4) 4 o más veces a la semana

2. ¿Cuántos tragos suele tomar en un día de consumo normal?
 - (0) 1 ó 2
 - (1) 3 ó 4
 - (2) 5 ó 6
 - (3) 7, 8, ó 9
 - (3) 10 o más

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?
 - (0) Nunca
 - (1) Menos de una vez al mes
 - (2) Mensualmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) A diario o casi a diario

Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0

4. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?
 - (0) Nunca
 - (1) Menos de una vez al mes
 - (2) Mensualmente

- (3) Semanalmente
 - (4) A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?
- (0) Nunca
 - (1) Menos de una vez al mes
 - (2) Mensualmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?
- (0) Nunca
 - (1) Menos de una vez al mes
 - (2) Mensualmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?
- (0) Nunca
 - (1) Menos de una vez al mes
 - (2) Mensualmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?
- (0) Nunca
 - (1) Menos de una vez al mes
 - (2) Mensualmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?
- (0) No
 - (2) Sí, pero no en el curso del último año
 - (4) Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?
- (0) No
 - (2) Sí, pero no en el curso del último año
 - (4) Sí, el último año

Tomado de: (Ministerio de Protección Social, 2011, p. 79).

- **ASSIST- Cuestionario para identificar personas que presentan consumo y problemas relacionados con el consumo de alcohol, cigarrillo y otras sustancias:** Este instrumento, diseñado por la Organización Mundial de la Salud y un equipo internacional de investigadores sobre el consumo de sustancias, permite su uso en los servicios de atención primaria en salud, o donde se trabaje con poblaciones en riesgo. Ministerio de Protección Social (2011).

Indaga por las siguientes sustancias:

- Cigarrillo
- Alcohol
- Cannabis / marihuana
- Cocaína
- Anfetaminas
- Sedantes
- Alucinógenos
- Inhalantes
- Opiáceos y
- Otras drogas

(Ministerio de Protección Social, 2011, p. 52).

Fue elaborado y validado en tres etapas: demostró ser sensible y específico para usarse por distintas poblaciones, igualmente, para ser aplicado en hombres y mujeres. Brinda la posibilidad de reconocer personas que no consumen o tienen un menor riesgo de consumo de sustancias, quienes tienen problemas relacionados con el consumo de sustancias, quienes tienen riesgo de dependencia a las SPA. Ministerio de Protección Social (2011).

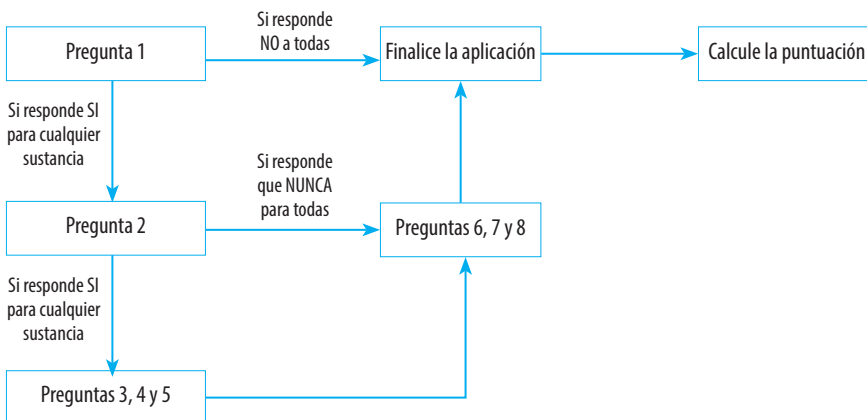
De acuerdo con el Ministerio de Protección Social (2011), brinda la posibilidad de indagar acerca de SPA utilizadas en diferentes momentos de sus vida, en los últimos tres meses, los problemas relacionados con el uso de las sustancias, riesgo de daño actual o potencial, adicción e inyectables.

Es recomendable en servicios de atención primaria, en adolescentes, universitarios, personas que consumen o consumieron en algún momento de la vida, quienes tengan problemas de salud relacionados con las drogas e, inclusive, en mujeres embarazadas.

Para la aplicación es necesario que el profesional tenga una escucha activa, que demuestre el interés por lo que le expresa el paciente, aclare los motivos de aplicación del instrumento y diga que lo que exprese será confidencial.

Presenta el instrumento y clarifica que se trata de que el adolescente o joven identifique cómo se encuentra en relación con el consumo de SPA para brindarle el apoyo que necesite.

Se deben hacer las preguntas en orden y brindar la información que solicite el paciente (Gráfica 3).



Gráfica 3. Tomado de: (Ministerio de Protección Social, 2011, p. 81).

El cuestionario se elaboró para responder SÍ o NO en la pregunta 1, y se realiza un recorrido por el consumo de 10 en su vida. Cuando la respuesta es NO a todo, se recomienda profundizar en aspectos sobre el consumo de sustancias en su vida. Si la respuesta continúa

no debe seguirse con la aplicación del instrumento, si es SÍ, entonces pasar a las siguientes preguntas.

También es importante que en la primera pregunta se establezca el orden de las SPA que ha consumido en su vida, para identificar la sustancia más consumida y las demás en su orden, con el objeto de distinguir los riesgos y problemas de consumo en el momento de la interpretación. Ministerio de Protección social (2011).

De acuerdo con el Ministerio de Protección Social (2011), las preguntas 6 y 7, evalúan la presencia de problemas relacionados con el consumo de las sustancias, aunque el paciente no haya consumido durante los últimos tres meses ninguna de las mencionadas en la pregunta 1. La pregunta 8, particularmente, averigua acerca del consumo de sustancias inyectables, pero no profundiza en el consumo de éstas, dado que los resultados de los puntajes respecto al riesgo se deben valorar de forma independiente. Se debe ahondar en el consumo de cada SPA, para lo cual sirve de guía la tarjeta de respuestas que se entregará al usuario en la que están especificadas cada una por categorías, así:

- a. *Tabaco (cigarrillos, cigarrillo habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)*
- b. *Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)*
- c. *Cannabis (marihuana, costo, hierba, hachís, etc.)*
- d. *Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)*
- e. *Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)*
- f. *Inhalables (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)*
- g. *Tranquilizantes o pastillas para dormir (Diazepam/Valium, Alprazolam/Trankimazin/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)*
- h. *Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)*
- i. *Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, petidina/dolantina, etc.)*
- j. *Otros – especifique: _____*

Tomado de: (Ministerio de Protección Social, 2011, p. 82).

El instrumento brinda la opción de calcular los puntajes de las sustancias específicas consumidas, lo que se puede hacer con estos elementos:

- *Sustancias específicas: Se calcula sumando las respuestas de la pregunta 2 a la 7 dentro de cada clase de droga.*
- *Totalidad de sustancias: Se calcula sumando las respuestas de las preguntas 1 a 8 para todas las 10 drogas, esto arroja un nivel de riesgo global, que será útil para la posterior interpretación de los resultados” (Ministerio de Protección Social, 2011, p. 83).*

El instrumento permite puntuar cada sustancia e indicar el consumo en los últimos tres meses y hallar el nivel de los riesgos y problemáticas asociadas con éste. Cada paciente obtiene 10 calificaciones de acuerdo con el número de sustancias que consume. El resultado se obtiene sumando las respuestas de las preguntas 2 a la 7, por cada sustancia (cigarrillo, alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas, inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y otras drogas) (Ministerio de Protección Social, 2011).

Se identifican tres tipos de riesgos: riesgo bajo con puntuaciones de 3 o menos, consumos de vez en cuando, sin problemas en la actualidad; riesgo moderado con puntajes entre 4 y 26, con algunos problemas de salud y riesgo de situaciones más graves; riesgo alto con puntuaciones de 27 en adelante, lo que indica riesgo de abuso de esa SPA y, generalmente, con problemas de salud, sociales, económicos, legales y en las relaciones personales, como consecuencia del consumo de sustancias (Organización Mundial de la Salud, 2011).

NIVEL DE RIESGO	ALCOHOL	OTRAS SUSTANCIAS
Bajo riesgo	0-10	0-3
Riesgo moderado	11-26	4-26
Alto riesgo	Mayor a 27	Mayor a 27

Tomado de: (Organización Mundial de la Salud, 2011, p. 84).

En los casos en los que se identifique el uso de sustancias inyectables, es oportuno hacer una intervención breve y remitirlo a un CAD o entidad especializada. A continuación se presenta el instrumento:

OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR _____
 PAÍS _____ CLÍNICA _____
 No. CONSULTANTE _____ FECHA _____

INTRODUCCIÓN (Léala al consultante o paciente)

Gracias por aceptar esta breve entrevista sobre alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy a hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, aspiradas, inhaladas, inyectadas o tomadas en forma de pastillas o píldoras (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p. ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar medicinas que hayan sido consumidas tal como han sido prescritas por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o en dosis más altas a las prescritas, por favor dígamelo. Si bien estoy interesado en conocer su consumo de diversas drogas, tenga la plena seguridad de que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

NOTA: Antes de formular las preguntas, entregue la tarjeta de respuestas al consultante.

Pregunta 1

(Si luego hace seguimiento, compare las respuestas del consultante con las que dio a la P1 del cuestionario inicial. Cualquier diferencia en esta pregunta debe ser explorada).

A lo largo de su vida, ¿cuál de las siguientes sustancias ha consumido <u>alguna vez?</u> (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hachís, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otras - especifique:	0	3

Compruebe si todas las respuestas son negativas: Si contestó "No" a todos los ítems, termine la entrevista. "¿Tampoco en fiestas, o cuando iba al colegio?" Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

Pregunta 2

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	2	3	4	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hachís, etc.)	0	2	3	4	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	2	3	4	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	2	3	4	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	6
j. Otras - especifique:	0	2	3	4	6

Si respondió "Nunca" a todos los ítems en la pregunta 2, salte a la pregunta 6.

Si ha consumido alguna de las sustancias de la pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada una de las sustancias.

Pregunta 3

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, hierba, hachís, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6

h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otras - especifique:	0	3	4	5	6

Pregunta 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarrillos habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, hierba, hachís, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otras - especifique:	0	4	5	6	7

Pregunta 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, hierba, hachís, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8

i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otras - especifique:	0	5	6	7	8

Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que el consultante o paciente ha consumido alguna vez (es decir, aquellas mencionadas en la pregunta 1).

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez han mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Pregunta 7

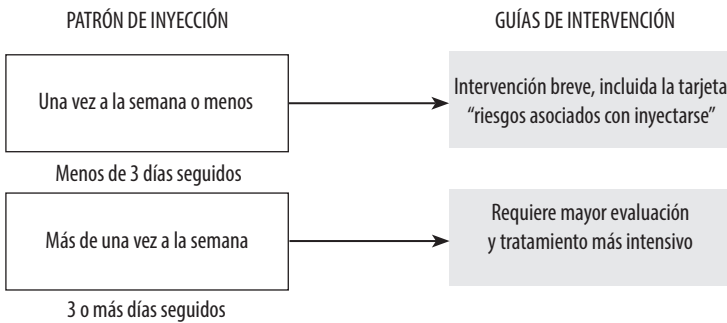
¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, nunca	Sí, en los últimos 3 meses	Sí, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, hierba, hachís, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otras - especifique:	0	6	3

Pregunta 8

	No, nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	0	2	1

NOTA IMPORTANTE

A los consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este periodo para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.



CÓMO CALCULAR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (de la a. a la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7.

No incluya los resultados de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación.

Por ejemplo, la puntuación para cannabis se calcula como: **P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c**

La P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: **P2a + P3a + P4a + P6a + P7a**

EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para cada sustancia	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. Tabaco		0 – 3	4 – 26	27+
b. Alcohol		0 – 10	11 – 26	27+
c. Cannabis		0 – 3	4 – 26	27+
d. Cocaína		0 – 3	4 – 26	27+
e. Anfetaminas		0 – 3	4 – 26	27+
f. Inhalantes		0 – 3	4 – 26	27+
g. Sedantes		0 – 3	4 – 26	27+

h. Alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27+
i. Opiáceos		0 – 3	4 – 26	27+
j. Otras drogas		0 – 3	4 – 26	27+

*NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIÓN Y UN TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO pueden ser proporcionados por profesionales de la salud en el ámbito de atención primaria, o por un servicio especializado para las adicciones si está disponible.*

OMS ASSIST V3.0 TARJETA DE RESPUESTAS PARA EL CONSULTANTE O PACIENTE

Tarjeta de respuestas - sustancias

a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.)
c. Cannabis (marihuana, hierba, hachís, etc.)
d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.)
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)
f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.)
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Diazepam/Valium, Alprazolam/Trankimazin/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.)
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, petidina/dolantina, etc.)
j. Otras - especifique:

Tarjeta de respuestas (ASSIST Preguntas 2 – 5)

- Nunca:** no he consumido en los últimos 3 meses.
- Una o dos veces:** 1-2 veces en los últimos 3 meses.
- Mensualmente:** 1 a 3 veces en el último mes.
- Semanalmente:** 1 a 4 veces por semana.
- Diariamente o casi a diario:** 5 a 7 días por semana.

Tarjeta de respuestas (ASSIST Preguntas 6 - 8)

- No, nunca
- Sí, pero no en los últimos 3 meses
- Sí, en los últimos 3 meses

ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT SCREENING TEST
OMS ASSIST V3.0 TARJETA DE RESPUESTAS para el consultante o paciente

Nombre _____ Fecha del test _____

Puntuaciones específicas para cada sustancia

Sustancia	Puntuación	Nivel de riesgo
a. Productos derivados del tabaco		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
b. Bebidas alcohólicas		0-10 Bajo 11-26 Moderado 27+ Alto
c. Cannabis		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
d. Cocaína		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
e. Estimulantes de tipo anfetamínico		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
f. Inhalantes		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
g. Sedantes o pastillas para dormir		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
h. Alucinógenos		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
i. Opiáceos		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto
j. Otras – especificar		0-3 Bajo 4-26 Moderado 27+ Alto

¿Qué significan sus puntuaciones?

Bajo: Su actual patrón de consumo de sustancias representa un riesgo bajo para su salud y otros posibles problemas.

Moderado: Su actual patrón de consumo de sustancias representa un riesgo para su salud y otros tipos de problemas.

Alto: Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja, etc.) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente.

¿Está preocupado acerca de su consumo de sustancias?

a. Tabaco	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	Bajo ___ Moderado ___ Alto ___
	El consumo habitual de tabaco se asocia con:	(marque una)
	Envejecimiento prematuro, arrugas en la piel	
	Infecciones respiratorias y asma	
	Aumento de la presión arterial, diabetes	
	Infecciones respiratorias, alergias y asma en hijos de fumadores	
	Abortos, partos prematuros y niños con bajo peso al nacer de madres fumadores	
	Enfermedades renales	
	Enfermedad respiratoria obstructiva crónica	
	Enfermedad cardíaca, infartos cerebrales, enfermedades vasculares	
	Cánceres	
b. Alcohol	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	Bajo ___ Moderado ___ Alto ___
	El consumo frecuente excesivo de alcohol se asocia con:	(marque una)
	Resacas, conductas agresivas y violentas, accidentes y lesiones	
	Reducción en la actividad y capacidad sexual, envejecimiento prematuro	
	Problemas digestivos, úlceras, inflamación del páncreas, aumento de la presión arterial	
	Ansiedad y depresión, problemas de pareja, problemas económicos y laborales	
	Dificultad para recordar y solucionar problemas	
	Deformidades y daño cerebral en recién nacidos de madres bebedoras	
	Ataque cerebral, lesión cerebral permanente, daño muscular y neurológico	
	Enfermedad hepática, enfermedad pancreática	
	Cánceres, suicidio	
c. Cannabis	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	Bajo ___ Moderado ___ Alto ___
	El consumo habitual de cannabis se asocia con:	(marque una)
	Problemas de atención y motivación	
	Ansiedad, paranoia, pánico, depresión	
	Pérdida de memoria y en la capacidad de resolver problemas	
	Aumento de la presión arterial	
	Asma, bronquitis	
	Psicosis en personas con antecedentes familiares de esquizofrenia	
	Enfermedad cardíaca y enfermedad respiratoria obstructiva crónica	
	Cánceres	

d. Cocaína	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	Bajo __ Moderado __ Alto __ (marque una)
	El consumo habitual de cocaína se asocia con:	
	Dificultades para dormir, palpitaciones, dolores de cabeza, pérdida de peso	
	Sensación de adormecimiento, resequedad y escozor en la piel	
	Accidentes y lesiones, problemas económicos	
	Pensamientos irracionales	
	Cambios de humor - ansiedad, depresión, manía	
	Agresividad y paranoia	
	Ansias o deseo intenso de consumir, estrés	
	Psicosis por consumo repetido de dosis altas	
	Muerte súbita debido a problemas cardíacos	
e. Estimulantes de tipo anfetamínico	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	Bajo __ Moderado __ Alto __ (marque una)
	El consumo habitual de estimulantes de tipo anfetamínico se asocia con:	
	Dificultades para dormir, pérdida de apetito y de peso, deshidratación	
	Tensión mandibular, dolores de cabeza, dolores musculares	
	Cambios de humor – ansiedad, depresión, agitación, manía, pánico, paranoia	
	Temblores, palpitaciones y latidos cardíacos irregulares, falta de aire/disnea	
	Agresividad y conducta violenta	
	Psicosis tras el consumo continuado de dosis altas	
	Daño cerebral permanente	
	Daño hepático, hemorragias cerebrales, muerte súbita (por éxtasis) en situaciones raras	
f. Inhalantes	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	Bajo __ Moderado __ Alto __ (marque una)
	El consumo habitual de inhalantes se asocia con:	
	Mareos y alucinaciones, sedación, desorientación, visión borrosa	
	Síntomas pseudo-gripales, sinusitis, hemorragias nasales	
	Indigestión, úlceras estomacales	
	Accidentes y lesiones	
	Pérdida de memoria, confusión, depresión, agresión	
	Alteraciones en la coordinación, lentitud en las reacciones, hipoxia	
	Delirio, convulsiones, coma, daño orgánico (pulmones, hígado, riñones)	
	Muerte por fallo cardíaco	
g. Sedantes	Su riesgo de experimentar estos daños es:...	Bajo __ Moderado __ Alto __ (marque una)
	El consumo habitual de sedantes se asocia con:	
	Sedación, mareo y confusión	
	Dificultad para concentrarse y recordar cosas	
	Náuseas, dolor de cabeza, inestabilidad al andar	
	Problemas de sueño	
	Ansiedad y depresión	
	Tolerancia y dependencia después de un período breve de consumo	
	Síntomas severos de abstinencia	
	Sobredosis y muerte si se consumen con alcohol, opiáceos u otras drogas depresoras	

h. Alucinógenos	Su riesgo de experimentar estos daños es: ... Bajo ___ Moderado ___ Alto ___ (marque una)
El consumo frecuente de alucinógenos se asocia con: Alucinaciones – visuales, auditivas, táctiles, olfatorias Dificultades para dormir Náuseas y vómitos Aumento en la frecuencia cardíaca y la tensión arterial Cambios de humor Ansiedad, pánico, paranoia <i>Flash-backs</i> Aumento/agravamiento de enfermedades mentales como la esquizofrenia	
i. opiáceos	Su riesgo de experimentar estos daños es: ... Bajo ___ Moderado ___ Alto ___ (marque una)
El consumo habitual de opiáceos se asocia con: Escozor, náusea y vómitos Mareos Estreñimiento, deterioro de los dientes Dificultad para concentrarse y recordar cosas Disminución del deseo sexual y de la actividad sexual Dificultades de pareja Problemas económicos y laborales, delincuencia Tolerancia y dependencia, síntomas de abstinencia Sobredosis y muerte por depresión respiratoria	

OMS-ASSIST

Tarjeta sobre Riesgos asociados con Inyectarse Información para CONSULTANTES O pacientes

El consumo de sustancias por vía inyectada aumenta el riesgo de daños por causa de tales sustancias.

El daño puede provenir de:

- **La sustancia**
 - Si consume cualquier droga inyectada tiene más probabilidades de desarrollar dependencia.
 - Si se inyecta anfetaminas o cocaína tiene un mayor riesgo de experimentar síntomas psicóticos.
 - Si se inyecta heroína u otro tipo de sedantes tiene más riesgo de sobredosis.

- **La conducta de inyectarse**
 - Al inyectarse puede dañar su piel, sus venas y contraer infecciones.
 - Puede provocarse cicatrices, hematomas, hinchazones, abscesos y úlceras.
 - Sus venas pueden colapsar.
 - Si se inyecta en el cuello puede provocarse una embolia cerebral.

- **Compartir material de inyección**

Si comparte material de inyección (agujas y jeringas, cucharas, esponjas, filtros, etc.) tiene más probabilidades de contraer y transmitir infecciones virales a través de la sangre como Hepatitis B, Hepatitis C y VIH.

- **Es más seguro no inyectarse**

- **Si se inyecta:**
 - Use siempre implementos limpios (agujas y jeringa, cucharas, esponjas, filtros, etc.)
 - Use siempre una aguja y una jeringuilla nuevas
 - No comparta el material con otras personas
 - Limpie el área de preparación
 - Lávese las manos
 - Limpie la piel en el punto de inyección
 - Utilice un punto de inyección distinto cada vez
 - Inyéctese lentamente
 - Ponga la aguja y la jeringa usadas en un recipiente y deséchelo en forma segura

- **Si consume drogas estimulantes como anfetaminas o cocaína, los siguientes consejos le ayudarán a reducir el riesgo de psicosis:**
 - Evite inyectarse y fumar
 - Evite consumir a diario

- **Si consume drogas depresoras como la heroína, los siguientes consejos le ayudarán a reducir el riesgo de sobredosis:**
 - Evite consumir otras drogas el mismo día, especialmente sedantes o alcohol
 - Consuma pequeñas cantidades y “pruebe” la droga cuando tenga una nueva dosis
 - Tenga a alguien cerca cuando consume
 - Evite inyectarse en un lugar en el que nadie pueda llegar a usted si tiene una sobredosis
 - Tenga cerca los números de teléfono de los servicios de urgencia/ambulancia.

Tomado de: (Organización Mundial de la Salud, 2011, pp. 42- 53).

- **POSIT- Cuestionario de tamizaje de los problemas en adolescentes:** De acuerdo con Mariño (1997), el cuestionario es un filtro para detectar los adolescentes que tienen problemas referidos al uso de alcohol y otras drogas y es posible usarlo de forma individual o grupal. La prueba contiene 19 preguntas que incluyen siete áreas de funcionamiento:
 - 1) Uso/abuso de sustancias;
 - 2) Salud mental;
 - 3) Relaciones familiares;
 - 4) Relaciones con amigos;
 - 5) Nivel educativo;
 - 6) Interés laboral
 - 7) Conducta agresiva/delincuencia.

Para la administración del instrumento se debe realizar una entrevista semiestructurada cuando el adolescente llega por primera vez y se tiene alguna evidencia de consumo, ya sea porque es remitido por el establecimiento educativo para la evaluación o manifiesta él o su familia el consumo; de igual forma, se puede aplicar a un grupo para detectar aquellos adolescentes que pudieran presentar indicadores de problemas asociados con el uso de alcohol y otras drogas.

POSIT

Fecha: _____ Nombre: _____ Edad: _____
 Sexo: _____ Escolaridad: _____ Terapeuta: _____

El propósito de estas preguntas es ayudarnos a conocer la forma en que mejor podemos ayudarte. Por esto, trata de contestar las preguntas con franqueza. Este no es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, pero por favor trabaja con cuidado. Todas las preguntas son confidenciales. Contesta todas las preguntas. Si alguna de ellas no se aplica directamente a ti, escoge la respuesta que más se acerque a la verdad en tu caso.

PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Has tenido dificultades porque consumes drogas o bebidas alcohólicas en la escuela?	1	2
2. ¿Se aburren tus amigos en las fiestas donde no sirven bebidas alcohólicas?	1	2
3. ¿Te has hecho daño o has hecho daño a otra persona accidentalmente estando bajo el efecto del alcohol?	1	2
4. ¿Sueles perderte actividades o acontecimientos porque has gastado demasiado dinero en drogas o bebidas alcohólicas?	1	2
5. ¿Has sentido que eres adicto (a) al alcohol o a las drogas?	1	2
6. ¿Llevan tus amigos drogas a las fiestas?	1	2
7. ¿Has comenzado a consumir mayores cantidades de drogas o alcohol para obtener el efecto que deseas?	1	2
8. ¿Te vas a veces de las fiestas porque no hay en ellas bebidas alcohólicas o drogas?	1	2
9. ¿Sientes un deseo constante de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	1	2
10. ¿Has tenido un accidente automovilístico estando bajo el efecto del alcohol o de drogas?	1	2
11. ¿Olvidas lo que haces cuando bebes o te drogas?	1	2
12. El mes pasado, ¿manejaste un automóvil estando borracho(a) o drogado(a)?	1	2
13. ¿El uso del alcohol o de las drogas te produce cambios repentinos de humor, como pasar de estar contento(a) a estar triste, o viceversa?	1	2
14. ¿Pierdes días de clase o llegas tarde a la escuela por haber consumido bebidas alcohólicas o drogas?	1	2
15. ¿Te han dicho alguna vez tus familiares o amigos que debes reducir el uso de bebidas alcohólicas o drogas?	1	2
16. ¿Discutes seriamente con tus amigos o familiares por el uso que haces de las bebidas alcohólicas o drogas?	1	2
17. ¿Las bebidas alcohólicas o las drogas te han inducido a hacer algo que normalmente no harías, como desobedecer alguna regla o ley, o la hora de llegar a casa, o a tener relaciones sexuales con alguien?	1	2
18. ¿Tienes dificultades en tus relaciones con alguno de tus amigos debido a las bebidas alcohólicas o drogas que consumes?	1	2
19. ¿Has sentido que no puedes controlar el deseo de consumir bebidas alcohólicas o drogas?	1	2

Total: _____

Gráfica 4. Tomado de: Cuestionario de tamizaje de los problemas en adolescentes (Martínez, 2001, p.60).

El cuestionario por sí mismo no arroja un puntaje o calificación específica, es fundamental la información que se recoja en la entrevista porque brinda un conocimiento más amplio acerca de la problemática.

Para la calificación, a partir de una respuesta afirmativa a una de las 19 preguntas dentro del instrumento, se considera preciso que el adolescente pueda ingresar a un programa de prevención indicada o tratamiento, dado que existen problemas asociados con el consumo.

Es frecuente que los adolescentes respondan afirmativamente a alguna de las preguntas del cuestionario, por ello, se tiene un criterio de calificación más estricto que ayude a reconocer los jóvenes que realmente tienen problemas con las drogas y será la población objetivo para la atención. Para tal propósito se identificaron las preguntas más relevantes: 3, 5, 7, 9, 10, 11, 14, 17. En la gráfica 4 (página anterior) se presenta el instrumento.

- **Cuestionario CRAFFT**

CUESTIONARIO DE ALCOHOL Y DROGAS

CRAFFT - SPANISH

El consumo de alcohol o drogas puede afectar su salud y algunos medicamentos que esté tomando. Ayúdenos a ofrecerle la mejor atención médica, respondiendo a las siguientes preguntas.

Durante los ÚLTIMOS 12 MESES:

¿Ha consumido bebidas alcohólicas (más de unos pocos sorbos)? (Sin tomar en cuenta sorbos de bebidas alcohólicas consumidas durante reuniones familiares o religiosas)

¿Ha fumado marihuana o probado hachís?

¿Ha usado algún otro tipo de sustancias que alteren su estado de ánimo o de conciencia?

1. ¿Ha viajado, alguna vez, en un carro o vehículo conducido por una persona (o usted mismo) que haya consumido alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	NO	SÍ
2. ¿Ha usado, alguna vez, bebidas alcohólicas, drogas o sustancias psicoactivas para relajarse, para sentirse mejor consigo mismo o para integrarse a un grupo?	NO	SÍ
3. ¿Alguna vez ha consumido, alcohol, drogas o alguna sustancia psicoactiva mientras estaba sin compañía?	NO	SÍ
4. ¿Se le ha olvidado alguna vez lo que hizo mientras consumía alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	NO	SÍ
5. ¿Le han sugerido, alguna vez, sus amigos o su familia que disminuya el consumo de alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	NO	SÍ
6. ¿Se ha metido alguna vez en líos o problemas por tomar alcohol, drogas o sustancias psicoactivas?	NO	SÍ
	0	1

- RQC: Para detección de problemas de salud mental en niños.

El instrumento fue diseñado por la Organización Mundial de la Salud a finales de los años 70, con el objetivo de extender la atención a los problemas de salud mental en los países en desarrollo. Está conformado por 10 preguntas sencillas de aplicar por el profesional en el primer nivel de atención e indaga por conductas que se reconocen con facilidad. (Ministerio de Protección Social, 2011).

Para la validación se tuvo en cuenta un alto grado de sensibilidad y alto nivel de especificidad, lo que prueba que el instrumento es confiable para las intenciones de la medición. Detecta problemas de salud mental en niños y adolescentes, y puede ser aplicado hasta los 15 años. Contiene 10 preguntas que permiten reconocer signos y síntomas relacionados con la salud mental; cuando se puntúa un ítem positivo indica que es recomendable realizar una evaluación integral en comparación con criterios diagnósticos, intervención breve y remisión a segundo y tercer nivel de atención para diagnóstico, tratamiento y seguimiento. (Ministerio de Protección Social, 2011). A continuación se presenta el instrumento:

RQC: CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PARA NIÑOS

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PARA NIÑOS (RQC)

Nombre del niño(a): _____ Edad: _____

Sexo (M) (F) Grado de Inst.: _____ Establecimiento educativo _____

Dirección _____ Barrio: _____

Nombre del adulto acompañante o informante: _____ Edad _____

1. ¿El lenguaje del niño(a) es anormal en alguna forma?
SÍ NO
2. ¿El niño(a) duerme mal?
SÍ NO
3. ¿Ha tenido el niño(a) en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?
SÍ NO
4. ¿Sufre el niño(a) de dolores frecuentes de cabeza?
SÍ NO
5. ¿El niño(a) ha huido de la casa frecuentemente?
SÍ NO
6. ¿El niño(a) ha robado cosas de la casa?
SÍ NO
7. ¿El niño(a) se asusta o se pone nervioso sin razón?
SÍ NO
8. ¿Parece como retardado o lento para aprender cuando se le compara con otros niños(as) de su misma edad?
SÍ NO
9. ¿El niño(a) casi nunca juega con otros niños(as)?
SÍ NO
10. ¿El niño(a) se orina o defeca en su ropa?
SÍ NO

Puntaje _____

Entrevistado por: _____

La entrevista de seguimiento se llevará a cabo: si (3) o más de los (SÍ) están marcados.

- **SRQ-** Cuestionario de síntomas para adolescentes

Este instrumento mide cinco áreas específicas: depresión, ansiedad, alcoholismo 24, psicosis y epilepsia. Se aplica desde los 16 años y consta de 30 preguntas de fácil indagación, pues presenta opciones de respuesta de SÍ y NO. Este instrumento se constituye en una herramienta muy útil en el marco de los Servicios Amigables para Adolescentes (SSAJ), pues determina la condición de salud del usuario y valora la presencia de una condición que pueda afectar la salud mental. A continuación se presenta el cuestionario:

SRQ – Cuestionario de síntomas para adolescentes, jóvenes y adultos

El instrumento indaga sobre situaciones específicas que haya vivido la persona en los últimos 30 días. Se debe leer cada pregunta y si el profesional de los servicios observa que la persona no está segura de alguna respuesta, debe clarificarla. Se debe explicar a los usuarios que la información que dará será confidencial, de ser necesario, se puede firmar un acuerdo de confidencialidad para crear un ambiente de confianza que permita dar respuestas honestas.

Instrucciones:

Las siguientes preguntas están relacionadas con ciertos dolores y problemas que lo pudieron haber molestado en los últimos 30 días. Si cree que las preguntas aplican a usted y tuvo el problema descrito en los últimos 30 días me debe responder.

PREGUNTA	SÍ	NO
1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?		
2. ¿Tiene mal apetito?		
3. ¿Duerme mal?		
4. ¿Se asusta con facilidad?		
5. ¿Sufre de temblor de manos?		
6. ¿Se siente nervioso, tenso o aburrido?		
7. ¿Sufre de mala digestión?		
8. ¿No puede pensar con claridad?		
9. ¿Se siente triste?		
10. ¿Llora usted con mucha frecuencia?		
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar sus actividades diarias?		
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? (¿Sufre con su trabajo?)		
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		
16. ¿Siente que es una persona inútil?		
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		
20. ¿Se cansa con facilidad?		
21. ¿Siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		
22. ¿Es u una persona más importante de lo que piensan los demás?		
23. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		
24. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		
25. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas, con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		

26. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o a su sacerdote, que usted estaba bebiendo demasiado licor?		
27. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		
28. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo (o estudio) por causa de la bebida, como beber en el trabajo o en el colegio, o faltar a ellos?		
29. ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		
30. ¿Le ha parecido alguna vez que bebía demasiado?		

Cada respuesta positiva equivaldrá a un (1) punto, así, si el usuario tiene de cinco (5) a siete (7) puntos, de las preguntas 1 a la 20, se considera que el usuario puede presentar angustia psicológica significativa. La respuesta positiva a las preguntas 26 a la 30 indica la presencia de consumo problemático de alcohol. Sólo una respuesta positiva de las preguntas 21 a la 25 (síntomas psicóticos), indica la presencia de síntomas serios o necesidad de remisión inmediata.

Tomado de: Ministerio de Protección Social, 2011, pp. 86- 87).

Pasos para la detección en adultos

Entrevista inicial para adultos

La entrevista, según Becoña & Cortés (2010), se constituye en el primer acercamiento del profesional con el paciente, se busca conseguir información que brinde la identificación de la problemática de la persona, sus causas y hacer la planificación del tratamiento. Es de gran utilidad el uso de autorregistros como un instrumento de evaluación comportamental que tiene utilidad en la formulación clínica, dado que permite la inclusión de instrucciones claras y sencillas para que el paciente registre distintos comportamientos relacionados con la adicción.

Para la entrevista inicial de los adultos es necesario identificar si la persona tiene o no demanda y acude por el tema de las adicciones, se indaga por el consumo, cantidad y frecuencia. Para la detección del consumo de SPA cuando no existe una demanda explícita puede comenzar con preguntas generales y luego con la que estén referidas al consumo de alcohol u otras sustancias, para identificar el estado de salud. Ministerio de Protección Social (2011).

Distintas situaciones clínicas le ofrecen una oportunidad para hallar información sobre el uso de alcohol y otras drogas, por ejemplo:

“De forma oportunista, es decir:

Como parte del tratamiento y seguimiento de enfermedades potencialmente relacionadas con el uso de bebidas alcohólicas u otras drogas.

Ante una consulta por otro tema de salud donde podría ser oportuno el cribado de un potencial consumo.

Antes de la prescripción de fármacos que interaccionan negativamente con el alcohol u otras drogas.

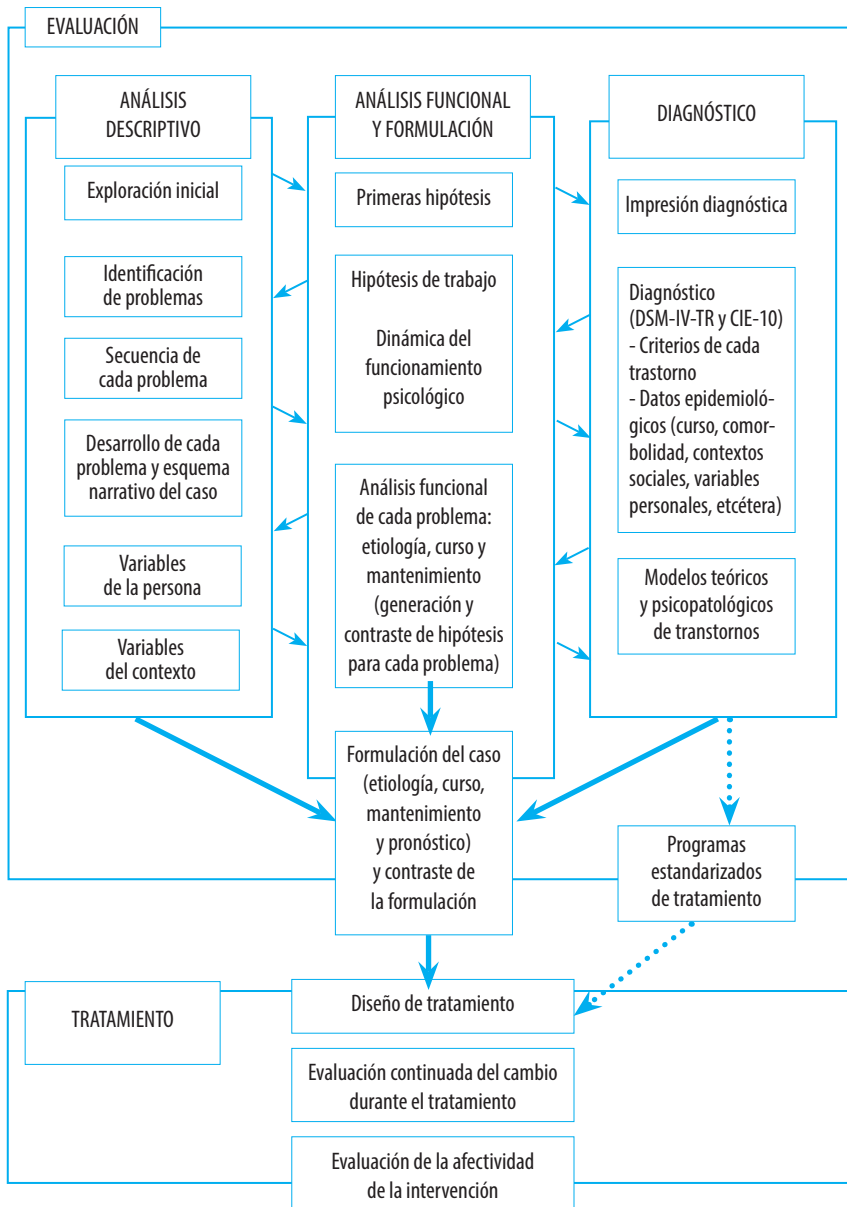
Partiendo de algún comentario del paciente que permita relacionarlo con una o más preguntas sobre el consumo de alcohol u otras drogas. El consumo es un problema considerable que daña la salud y el bienestar de los individuos y de la comunidad.

Siempre hay una prueba de detección disponible que sea adecuada para los usuarios”.

(Organización Mundial de la Salud, 2011, p. 6).

Para la detección de problemáticas en salud mental y consumo de SPA en adultos es necesario verificar si tienen alguna dificultad emocional, intelectual, conductual o de interacción por medio de la elaboración de la historia clínica detallada. Deben tenerse en cuenta “patrones de sueño y alimentación, sobre la satisfacción y motivación para la realización de actividades de la vida cotidiana, sobre la sexualidad, la relación con la familia e interacciones sociales, brindan opciones que permiten evaluar el riesgo de encontrarse ante un caso que requiera atención más especializada por parte del servicio de salud” (Ministerio de Protección Social, 2011, p. 48).

En la historia clínica se deben realizar preguntas generales y particulares acerca del tema de consumo de SPA y, si se hallan asuntos relacionados con este tema, se recomienda la aplicación de instrumentos de tamizaje, ya sea sobre el consumo de drogas o de salud mental (Ministerio de Protección Social, 2013).



Instrumentos de tamizaje para adultos

Tanto el Cuestionario Assit como el AUDIT fueron presentados para adolescentes y, para el Cuestionario Assit (Ver páginas 35- 57).

- ASSIT (Ver páginas 85 a 100).
- AUDIT (Ver páginas 78 A 84).
- DAST -10 Cuestionario de uso de drogas

Cuestionario de uso de drogas (DAST-10)

Las siguientes preguntas se refieren a información acerca de su potencial involucramiento con drogas, **excluidos alcohol y tabaco**, durante los últimos 12 meses. Lea con cuidado cada pregunta y decida si su respuesta es “No” o “Sí”. Después, marque el casillero apropiado junto a la pregunta. Cuando se usa la palabra “abuso de drogas” se refiere al uso de medicinas compradas con receta médica o sin ella y que son ingeridas en exceso de lo recomendado. Las drogas pueden incluir: cannabis (marihuana, hachís), solventes, tranquilizantes (Valium), barbitúricos, cocaína, estimulantes (speed), alucinógenos (LSD) o narcóticos (heroína). Recuerde que las preguntas **no incluyen** alcohol o tabaco.

Por favor responda cada pregunta. Si tiene dificultades con alguna de las preguntas, escoja la que le parezca correcta.

Estas preguntas están referidas a los últimos doce meses:	No	Sí
1. ¿Ha usado drogas que no eran requeridas por razones médicas?		
2. ¿Abusa de más de una droga a la vez?		
3. ¿Es capaz de parar de usar drogas cuando se lo propone?		
4. ¿Ha tenido “pérdidas de conocimiento” o una “memoria repentina” como resultado del uso de drogas?		
5. ¿Alguna vez se siente mal o culpable debido a su uso de drogas?		
6. ¿Alguna vez su pareja (o familiares) se han quejado de su uso de drogas?		
7. ¿Ha desatendido a su familia debido a su uso de drogas?		
8. ¿Se ha implicado en actividades ilegales con el fin de obtener drogas?		
9. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de abstinencia (sentirse enfermo) cuando dejó de usar drogas?		
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (pérdida de la memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragia, etc.)?		

Instrumentos de detección de acuerdo con algunos tipos de sustancia SPA

Evaluación del abuso y dependencia del alcohol: El diagnóstico del alcoholismo, de acuerdo con Becoña & Cortés, (2010) es más sencillo en las fases avanzadas por cuanto afecta varias áreas del individuo: el aspecto físico, las condiciones de salud, el funcionamiento familiar y el rendimiento laboral, entre otras, y no necesita pruebas o cuestionarios complejos. Sin embargo, cuando se trata de diagnóstico en las fases iniciales puede complejizarse porque, en muchas ocasiones, suelen ocultar o negar la situación de riesgo o problema.

El diseño reciente de varios cuestionarios de alcoholismo da la posibilidad de detectarlo en los inicios del consumo abusivo de alcohol y del diagnóstico de confirmación de alcoholismo en un contexto de atención primaria.

Por ello, la evaluación de los problemas de bebida debe ser multidimensional (Becoña & Cortés, 2010). Desde esta perspectiva, los instrumentos más utilizados son los siguientes: la entrevista al paciente y al familiar más cercano, los indicadores clínicos y los cuestionarios específicos y los autorregistros:

Entrevista: Como en otros ámbitos de la psicopatología, la entrevista clínica, especialmente si es estandarizada, es, sin duda, el mejor instrumento diagnóstico en la evaluación de los problemas de bebida (Miller y Rollnick, 1999).

En la entrevista se le indaga al paciente por el consumo habitual (se distingue entre días laborables y festivos), la ingesta máxima por ocasión y los posibles antecedentes de algún problema relacionado con esta sustancia. Se pueden hacer algunas preguntas como: “¿Cuánto bebe en un día normal? ¿Cuánto bebe en un día de gran consumo? ¿Ha tenido algún problema laboral, familiar, legal o médico, relacionado con la bebida?” (Miller y Rollnick, 1999, p. 208).

También es preciso preguntar por la frecuencia del consumo (si lo hace en forma continua o esporádica) y conocer el máximo tiempo de abstinencia (días, semanas, etc.); lo mismo que recoger datos con algún familiar o persona cercana.

Cuestionarios: Los cuestionarios de alcoholismo tienen por objetivo la detección del consumo abusivo de alcohol en las personas, así como el diagnóstico de confirmación del alcoholismo en un contexto de atención primaria. Algunos cuestionarios son:

- **El Cuestionario CAGE** es utilizado en el contexto clínico. La sigla Cage proviene de las iniciales en inglés relativas a las cuatro preguntas que se formulan a los sujetos (“Cutting down”, “Annoyance by criticism”, “Guilty feelings” y “Eye-openers”). Se trata de una prueba cuyo objetivo es identificar problemas relacionados con el consumo abusivo de alcohol. La ventaja principal de este cuestionario es que sólo consta de cuatro preguntas, con dos alternativas de respuestas (sí/no), Becoña & Cortés (2010).

CUESTIONARIO CAGE (Ewing y Rouse, 1970)

Pregunta	Sí	No
¿Ha pensado en alguna ocasión que tenía que reducir o dejar la bebida?		
¿Le han molestado las observaciones de su familia, allegados, conocidos, acerca de sus hábitos de bebida?		
¿Se ha sentido alguna vez a disgusto o culpable, por su manera de beber?		
¿Alguna vez ha tenido que beber a primera hora de la mañana, para sentirse bien y empezar en forma el día?		

Se considera que una persona tiene problemas con el alcohol y presumiblemente es un alcohólico, si ha respondido afirmativamente a un mínimo de dos preguntas.

Tomado de: (Iribarría, 2010, 52).

El cuestionario CAGE se puede usar en personas que asisten a los servicios de salud (médicos de atención primaria, chequeos, en una empresa, etc.) o psicológicos (ansiedad, depresión, problema de pareja, etc.) como una parte de una entrevista general. Las pocas preguntas facilitan su uso para el diagnóstico.

Es posible reconocer un número alto de bebedores problemáticos, principalmente de los que tienen una dependencia con el alcohol. La mayor dificultad de esta prueba es que, por tener preguntas relacionadas con situaciones intemporales (en forma de, alguna vez), no permite afinar con precisión la situación actual respecto al problema de la bebida. Por ello, con este cuestionario puede aparecer un mayor número de bebedores problemáticos que los que realmente lo son (Echeburúa, E. 2001).

RAPS4-QF: La pantalla rápido Problemas de Alcohol (RAPS) fue diseñado por Cheryl J. Cherpitel al Alcohol Grupo de Investigación en Berkeley, CA, EE.UU. (Cherpitel, CJ, *Drug and Alcohol Dependence*, 40: 133-137, 1995). Es un instrumento de detección 5-ítem que permite identificar los criterios de diagnósticos del CIE-10 y DSM-IV de la dependencia del alcohol en atención primaria. La primera pregunta de los RAPS, tiene que ver con la sensación de culpa o remordimiento después de beber (Cherry y Rost, 2009).

CUESTIONARIO Rapid Alcohol Problems Screen - Quantity Frequency (RAPS4-QF)

1. ¿Durante el último año ha sentido culpa o remordimiento después de haber bebido? (Remorse)
2. ¿Durante el último año algún amigo o miembro de su familia le ha hablado sobre cosas que usted dijo o hizo mientras bebía y que no pudo recordar? (Amnesia)
3. ¿Durante el último año ha dejado de hacer lo que normalmente se esperaba de usted por causa de la bebida? (Perform)
4. ¿A veces se toma un trago en la mañana para empezar el día? (Starter) o ¿Durante el último año ha tomado al menos una vez al mes? (Frequency) y ¿Durante el último año ha tomado 5 o mas tragos al menos en un ocasión? (Quantity)

Tomado de: (Cherpitel, C.J. *Alcohol Clin. Exp. Res.* 2002; 26:1686-1691)

Otros cuestionarios y pruebas diseñados para determinar la dependencia del alcohol:

“-- Cuestionario Breve para Alcohólicos (CBA, Feuerlein, 1976, adaptación española de Rodríguez-Martos et al., 1986). Evalúa la presencia de síntomas físicos, pensamientos sobre el consumo de alcohol, posibles antecedentes de

la ingesta y consecuencias de la misma. Es más amplio que los anteriores pero no evalúa la frecuencia de consumo.

-- *Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos (ISCA; Gual, Contel, Segura, Ribas y Colom, 2001). Diseñado en nuestro medio, el objetivo es la detección precoz de bebedores de riesgo en Atención Primaria. Consta de 3 preguntas del tipo cantidad y frecuencia para evaluar los consumos de alcohol teniendo en cuenta tanto los patrones regulares como irregulares de consumo semanal. La primera pregunta explora el consumo de alcohol, la segunda la frecuencia de consumo y la tercera las variaciones de consumo entre días laborales y festivos.*

-- *Test de Alcoholismo de Munich (Munich Alcoholism Test, MALT) (Feuerlein, Kűfner, Ringer y Antons, 1979; adaptación española de Rodríguez-Martos y Suárez, 1984). Es un instrumento que sirve para hacer diagnóstico diferencial y para confirmar las sospechas de alcoholismo después de haber utilizado instrumentos más cortos como el CAGE o el CBA. Consta de dos partes. El MALT-O es la parte objetiva del instrumento, que completa el médico durante la exploración del paciente. Consta de siete ítems que se cubren a partir de la exploración clínica, análisis de laboratorio y anamnesis. La otra parte, el MALT-S, es la parte subjetiva del cuestionario. Consta de 24 ítems en el cuestionario original y de 26 en la versión española de Rodríguez-Martos y Suárez (1984). En ellos se evalúa la conducta de consumo de alcohol, aspectos psicológicos, somáticos y sociales referidos a la dependencia alcohólica y centrada en los últimos dos años. Es un instrumento con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 80%.*

-- *Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS, Anton, Moak y Latham, 1995, validado en España por Rubio y López, 1999). Consta de 14 preguntas que se agrupan en torno a la preocupación por la bebida (componente obsesivo) y consumo (componente compulsivo). Sin embargo, el análisis factorial del instrumento no refleja esos dos factores en nuestro medio.*

-- *Perfil Global del Bebedor (Comprehensive Drinking Profile; Miller y Marlatt, 1984, validación española de García-González, 1991). Consta de 3 módulos: 1) variables de identificación (edad y residencia, estatus familiar, estatus laboral, historia educativa), 2) patrón y conductas relacionadas con el consumo de alcohol (inicio del problema, factores desencadenantes, hábitos familiares, pautas de consumo, bebidas preferidas, expectativas ante el alcohol, problemas bio-psico-sociales derivados del consumo, etc.) y, 3) motivaciones hacia el tratamiento y expectativas ante el resultado de la terapia.*

-- *Inventario de Situaciones de Bebida (Annis y Graham, 1992). Son 100 ítems que recogen diferentes situaciones de alto riesgo clasificadas en las dimensiones del modelo de prevención de recaídas clásico de Marlatt y Gordon (1985): a) determinantes intrapersonales: emociones desagradables, malestar físico, estados emocionales positivos, comprobación de control personal, urgencias y tentaciones; y b) determinantes interpersonales: conflictos con otros, presión social para beber y situaciones agradables con los demás. Se obtiene un perfil del paciente*" (Becoña & Cortés, 2010, pp. 126- 127).

Evaluación del abuso y dependencia del cigarrillo

Los cigarrillos y otras formas de tabaco generan adicción porque están compuestos por nicotina, que es un alcaloide que causa dependencia. Cuando una persona desea dejar de fumar tiene un primer contacto con el profesional que puede hacerse directamente o a continuación de cumplimentar una ficha o cuestionario con los aspectos más notables de su problema con el cigarrillo. En la entrevista el paciente indica el motivo por el que quiere dejar de fumar (Miller y Rollnick, 2007).

Motivos para fumar: se siente bien y se relaja, para disminuir la ansiedad, para evitar síndrome de abstinencia y lo hace automáticamente, Becoña & Cortés (2010).

• Cuestionario de tolerancia de Fagerstrom (Fagerstrom, 1978).

DEPENDENCIA DE LA NICOTINA – TEST FAGERSTRÖM

- **Indicación**
Valoración del nivel de dependencia a la nicotina.
- **Administración**
Se trata de una escala de 6 ítems o valoraciones, de los que 4 son dicotómicos, constituyendo la población diana de este test la población fumadora.
- **Test Fagerström**
 - ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?
 - Hasta 5 minutos 3 puntos
 - Entre 6 y 30 minutos 2 puntos
 - De 31 - 60 minutos 1 punto
 - Más de 60 minutos 0 puntos
 - ¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido?
 - Sí 1 punto
 - No 0 puntos
 - ¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?
 - El primero de la mañana. 1 punto
 - Cualquier otro. 0 puntos
 - ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?
 - 10 ó menos 0 puntos
 - 11 – 20 1 punto
 - 21 – 30 2 puntos
 - 31 o más. 3 puntos
 - ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?
 - Sí 1 punto
 - No 0 puntos
 - ¿Fuma aunque esté enfermo y tenga que guardar cama la mayor parte del día?
 - Sí 1 punto
 - No 0 puntos
- **Interpretación**
Una puntuación inferior a 4 indica una dependencia baja a la nicotina.
Una puntuación entre 4 y 7 se interpreta como una dependencia moderada, y una puntuación superior a 7 es una dependencia alta.
- **Protocolo informático en OMI-AP**

TEST DE FAGERSTRÖM		
¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	Más de 60 minutos	0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares públicos?	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO	0
¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	Cualquier otro	0
¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	31 ó más	3
¿Fuma más durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO	0
¿Fuma aunque esté enfermo y deba guardar cama la mayor parte del día?	<input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO	0
Grado de dependencia	Dependencia baja	Total puntos 3

- Test de Richmond

TEST DE MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR – RICHMOND

Valoración del nivel de motivación para el abandono del hábito de fumar.

Administración. Se trata de un test de 4 ítems o valoraciones, en los que la población está constituida por la población general fumadora.

1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?
 Sí 1 punto
 No 0 puntos
2. ¿Cuánto interés tiene en dejarlo?
 Mucho 3 puntos
 Bastante 2 puntos
 Algo 1 punto
 Nada 0 puntos
3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?
 Sí 3 puntos
 Probable 2 puntos
 Dudoso 1 punto
 No 0 puntos
4. ¿Cree que dentro de 6 meses no fumará?
 Sí 3 puntos
 Probable 2 puntos
 Dudoso 1 punto
 No 0 puntos

El rango de puntuación oscila entre 0 y 10 puntos, el primer ítem de 0 a 1, y el resto de 0 a 3.

Una puntuación inferior a 3 indica una motivación nula o baja para dejar de fumar. Una puntuación entre 4 y 5 indica una motivación dudosa.

Una puntuación de 6 a 7 indica una motivación moderada a dejar de fumar.

Una puntuación de 8 a 10 indica una alta motivación para dejar de fumar.

El grado de motivación para dejar el cigarrillo se clasifica hasta 10 y el máximo es de 0 a 6 motivación baja, de 7 a 9 motivación moderada.

Tomado de: (Córdoba, Martín, Casas, Barbera, Botaya, Hernández, Jane, 2000, p.35).

- Índice de la dureza de fumar, de Heatherton y otros (1989)

¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

10 o menos	0
11-20	1
21-30	2
31 o más	3

¿Cuánto tarda después de despertarse, en fumar su primer cigarrillo?

Menos de 5 minutos	
Entre 6 y 30 minutos	
Entre 31 y 60 minutos	
Más de 60 minutos	

Tomado de: (Becoña & Cortés, 2010, p. 135)

TEST DE GLOVER - NILSSON

Nombre: _____

Cómo valora lo siguiente: (Seleccione la respuesta haciendo un círculo en el lugar adecuado).

Preguntas 1 a 3:					
0 - Nada en absoluto 1- Algo 2 - Moderadamente 3 - Mucho 4 - Muchísimo					
1. Mi hábito de fumar es muy importante para mi	0	1	2	3	4
2. Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar	0	1	2	3	4
3. Juego y manipulo el paquete de tabaco como parte del ritual del hábito de fumar	0	1	2	3	4
Preguntas 4 a 18:					
0 - Nunca 1- Raramente 2 - A veces 3 - A menudo 4 - Siempre					
4. ¿Ocupa manos y dedos para evitar el tabaco?	0	1	2	3	4
5. ¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?	0	1	2	3	4
6. ¿Se recompensa a si mismo con un cigarrillo tras cumplir una tarea?	0	1	2	3	4
7. ¿Se angustia cuando se queda sin cigarrillos o no consigue encontrar el paquete de tabaco?	0	1	2	3	4
8. ¿Cuando no tiene tabaco, le resulta difícil concentrarse o realizar cualquier tarea?	0	1	2	3	4
9. ¿Cuando se haya en un lugar en el que se está prohibido fumar, juega con su cigarrillo o paquete de tabaco?	0	1	2	3	4
10. ¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, sofá, habitación, coche o la bebida (alcohol, café, etc)?	0	1	2	3	4
11. ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin deseárselo realmente?	0	1	2	3	4
12. ¿Le ayuda a reducir el estrés el tener un cigarrillo en las manos aunque sea sin encenderlo?	0	1	2	3	4
13. ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos, chicles, etc.) y los chupa para relajarse del estrés, tensión, frustración, etc?	0	1	2	3	4
14. ¿Parte del placer de fumar procede del ritual de encender un cigarrillo?	0	1	2	3	4
15. ¿Parte del placer del tabaco consiste en mirar el humo cuando lo inhala?	0	1	2	3	4
16. ¿Enciende alguna vez un cigarrillo sin darse cuenta de que ya tiene uno encendido en el cenicero?	0	1	2	3	4
17. ¿Cuando está solo en un restaurante, parada de autobus, fiesta, etc. se siente mas seguro, a salvo o mas confiado con un cigarrillo en las manos?	0	1	2	3	4
18. ¿Suele encender un cigarrillo si sus amigos lo hacen?	0	1	2	3	4

Puntuación: _____

Valoración del test de GLOVER - NILSSON

El test de Glover - Nilsson evalúa la dependencia del fumador y contempla distintos aspectos:

DEPENDENCIA PSICOLÓGICA:

Mediante las preguntas 1, 6, 7 y 8 se determina el grado de dependencia en función de la puntuación obtenida:

Puntuación Dependencia

0 – 5 Leve

6 – 10 Moderada

11 – 16 Alta

DEPENDENCIA SOCIAL:

Las preguntas 17 y 18 son determinantes de este tipo de dependencia

Puntuación Dependencia

0 – 2 Leve

3 – 5 Moderada

6 – 8 Alta

DEPENDENCIA GESTUAL:

Es evaluada por los ítems 2, 3, 4, 5 y los comprendidos del 9 al 16, ambos incluidos:

Puntuación Dependencia

0 – 15 Leve

16 – 31 Moderada

32 o > Alta

- **Escala del Síndrome de Dependencia de la Nicotina (NDSS):** Sigue la línea de los criterios del DSM-IV-TR y con 19 ítems permite evaluar un factor general de dependencia de la nicotina a partir de cinco aspectos centrales: impulso (*drive*), que captura el *craving* y el síndrome de abstinencia y el sentido subjetivo de la compulsión a fumar; prioridad, que refleja la preferencia conductual de fumar por encima de otros reforzadores; tolerancia, que evalúa la reducción de la sensibilidad a los efectos de fumar; continuidad, que se refiere a la regularidad de fumar; y estereotipia, que evalúa la invarianza o monotonía de fumar. (Becoña & Cortés, 2010).

PREGUNTAS	SÍ	NO
1. Mi forma de fumar es muy irregular a lo largo del día. No es extraño que fume muchos cigarrillos durante una hora y luego no fume ninguno hasta horas después.		
2. Mi forma de fumar no se ve muy afectada por otras cosas. Fumo más o menos lo mismo si estoy relajado o si estoy trabajando, contento o triste, solo o en compañía de otros, etc.		
3. Si tengo que hacer un viaje largo no me planteo viajar en avión porque sé que no está permitido fumar.		
4. A veces dejo de visitar a mis amigos no fumadores porque sé que me sentiré incómodo si fumo.		
5. Tiendo a evitar los restaurantes donde no se permite fumar, incluso aunque me guste su comida.		
6. Fumo de forma constante y regular a lo largo del día.		
7. Fumo distinta cantidad de cigarrillos en función de la situación en la que esté.		
8. Comparado con cuando empecé a fumar, necesito fumar mucho más ahora para conseguir el mismo efecto.		
9. Comparado con cuando empecé a fumar, ahora puedo fumar mucho más sin llegar a sentir náuseas o malestar.		
10. Tras pasar un tiempo sin fumar, necesito hacerlo para no sentirme mal.		
11. Es difícil saber cuántos cigarrillos fumo al día porque el número suele variar.		
12. Tengo sensación de control sobre el tabaco. Puedo cogerlo o dejarlo en cualquier momento.		
13. El número de cigarrillos que fumo al día varía según distintos factores: cómo me siento, qué estoy haciendo, etc.		
14. Cuando realmente deseo un cigarrillo, parece que estoy bajo el control de alguna fuerza desconocida que no puedo dominar.		
15. Desde que me he convertido en un fumador habitual, la cantidad que fumo ha sido la misma o ha disminuido un poco.		
16. Siempre que estoy sin fumar durante algunas horas, siento unas ganas muy fuertes de hacerlo.		
17. Mi consumo de cigarrillos es bastante regular a lo largo del día.		
18. Después de estar un tiempo sin fumar, necesito hacerlo para aliviar las sensaciones de inquietud e irritabilidad.		
19. Fumo la misma cantidad de tabaco durante la semana que en el fin de semana.		

Instrumentos para dependencia de drogas ilegales:

-- *Índice de Severidad de la Adicción (ASI 6; McLellan, Cacciola, Alterman, Rikoon y Carise, 2006, validación española de Díaz et al., 2010). Evalúa el grado de severidad del problema en siete áreas: estado médico general, situación laboral y financiera, consumo de alcohol, consumo de drogas, problemas legales, familia y relaciones sociales, y estado psicológico.*

-- *EuropASI (Bobes et al., 2007). Es la versión europea de la 5ª versión del ASI (McLellan et al, 1992).*

-- *Indicador de Tratamiento de la Adicción a Opiáceos (OTI; Darke, Ward, Hall, Heather y Wodak, 1991). Elaborado especialmente para la evaluación de resultados en los tratamientos de la adicción a opiáceos. Se estructura en 6 áreas: consumo de drogas, conductas de riesgo para el VIH, funcionamiento social, actividad delictiva, estado de salud y situación psicológica (que consiste en los 28 ítems del Cuestionario de Salud General, GHQ-28 de Goldberg y Hillier, 1979). El OTI tiene como ventaja frente al ASI que se administra de 20 a 30 minutos. El ASI en 45-60 minutos.*

-- *Perfil de Adicción del Maudsley (MAP; Marsden et al., 1998, validación española de Torres y Fernández, 2004). Entrevista de 60 ítems que cubre cuatro áreas: abuso de sustancias, inyección y conductas sexuales de riesgo, salud y contexto vital y funcionamiento social. Respecto al tiempo de aplicación es más breve que las anteriores, de 10 a 15 minutos.*

-- *Cannabis Abuse Screening Test (CAST; Leglève, Karila, Beck y Reynaud, 2007; adaptación española de Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2009). Evalúa el consumo problemático de cannabis, es decir, el consumo que tiene consecuencias sociales y de salud negativas para el consumidor o para quienes lo rodean. Son 6 ítems basados en los criterios DSM- IV que evalúan los problemas derivados del consumo.*

--- *Cuestionario de Craving de Cocaína (Cocaine Craving Questionnaire, CCQ; Tiffany, Singlenton, Haertzen y Henningfield, 1993). Es uno de los instrumentos más utilizados y señalados en la medición del craving. Los componentes que evalúa el cuestionario son los siguientes: deseo de consumir cocaína, intención y planificación del consumo de cocaína, anticipación de los efectos positivos del consumo, anticipación de una mejora de los síntomas de abstinencia y pérdida de control sobre el consumo. El cuestionario es autoadministrado, consta de 45 ítems y se centra en el momento presente o en los últimos siete días". (Becoña, 2010, pp. 129-130).*

Evaluación de la Ludopatía o juego patológico

El juego cumple gran variedad de papeles en cada persona, de acuerdo con la relación que establezca con él, el tipo de juego que realicé, el tiempo que dedique y la satisfacción o placer que genere. Algunos jugadores de carreras de caballos parecen jugar con el ánimo de aumentar su nivel de activación, mientras que es más probable que los jugadores de las máquinas tragamonedas lo hagan como un modo de escape de acontecimientos estresantes o de la soledad; en este orden de ideas, es necesario evaluar la naturaleza precisa de la función de jugar en cada individuo para identificar no sólo los aspectos negativos de la conducta sobre el estilo de vida de una persona, sino, también, los aspectos positivos. Solamente descubriendo las funciones positivas y encontrando métodos alternativos para lograr los mismos objetivos se pueden mantener, a largo plazo, los cambios de conducta (Echeburúa, 2000).

- Entrevista clínica

ENTREVISTA CLÍNICA

Nº de historia clínica _____ Fecha _____

Nombres y apellidos _____

3. Circunstancias que motivan la demanda del tratamiento (¿Qué ha pasado? ¿Cómo es que están aquí?) _____

4. Exploración motivacional (Si es necesario trabajar la ambivalencia)

¿Qué siente cuando juega? _____

¿Qué siente cuando gana? _____

¿Cómo le afecta el juego? _____

¿Cree que controla el juego o es algo que creía y ahora va empezando a pensar que no puede controlarlo? _____

¿Se siente con un estado de ánimo negativo cuando juega y pierde? ¿Se promete que no volverá a jugar? _____

¿Qué siente o qué se dice para buscar dinero y jugar? _____

5. Historia de juego.

¿A qué edad comenzó a jugar por primera vez? _____ Años de juego _____

Tipo de juego en el inicio _____

Otros juegos _____

¿Cuándo reconoce que tiene problemas de juego? (Aunque no se lo comentara a nadie) _____

¿Sabe que jugar de una determinada forma, compulsivamente y sin control, puede ser calificado como trastorno de conducta, adicción o enfermedad? _____

¿Ha intentado dejar de jugar por sí mismo? _____

Cuando empezó a jugar de forma abusiva, ¿coincidieron algunos acontecimientos en su vida? (aburrimiento, desempleo, depresión, etc) _____

¿Ha tenido épocas de mayor y de menor juego? _____ ¿Cuántas veces? _____

¿Cuáles son los problemas más importantes que le ha ocasionado el juego? _____

- ¿Cómo ha evolucionado su conducta de juego? (Aumento progresivo, periodos sin juego, dependencia de posibilidades económicas, etc) _____
6. Recursos que ha puesto en marcha el jugador o la familia últimamente para paliar el problema.
 Afrontamiento del problema _____
 Actuaciones de familia o amigos _____
 ¿Ha modificado algo su actuación en los últimos días? _____
7. Psicopatología asociada, otras adicciones o abuso de sustancias.
 Manifestaciones sintomatológicas actuales _____
 Ideación o intentos suicidas _____
 En la actualidad, consumo de tabaco, alcohol u otras drogas. Abuso o dependencia. Otras adicciones _____
8. Antecedentes familiares (Problemas de abuso o adicción, psicológicos o psiquiátricos) _____

9. Ocupaciones. Satisfacción con la ocupación actual.
 Trabajo actual _____
 Otra ocupación _____
 Satisfacción con la ocupación actual _____
10. Grupo de amigos. Apoyos externos.
 Explorar existencia de apoyos personales externos al ámbito familiar _____
11. Ocio y tiempo libre.
 Tiempo libre disponible _____
 Aficiones: actuales: _____
 Anteriores: _____
 Comentarios sobre las actividades de ocio _____
12. Demanda – objetivos de tratamiento.
 ¿En qué le gustaría que le ayudáramos? _____
13. Resultado de las pruebas realizadas.
 SOGS _____

- Otras _____
- Análisis del sistema familiar. (Abierto) _____
- Diagnóstico DSM-IV-TR.
- Eje I. _____
- Eje II. _____
- Eje III. _____
- Eje IV. _____
- Relacionados con el grupo primario de apoyo. _____
 - Relacionados con el ambiente social. _____
 - Relacionados con la enseñanza. _____
 - Problemas laborales. _____
 - Problemas de vivienda. _____
 - Problemas económicos. _____
 - Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria. _____
 - Problemas relacionados con la interacción con el sistema legal. _____
 - Otros problemas psicosociales o ambientales. _____
 - Eje V. Evaluación de la actividad global. _____

14. Apoyo al diagnóstico. (Criterios diagnósticos DSM-IV-TR y EEAG).

Criterios DSM-IV-TR de Juego Patológico.

- A. Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes ítems:
1. Preocupación por el juego (p. ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, pensar formas de conseguir dinero para jugar).
 2. Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
 3. Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.
 4. Inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego.
 5. El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p.ej., sentimiento de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión).
 6. Después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de "cazar" las propias pérdidas).
 7. Engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego.

8. Comete actos ilegales, como falsificación, fraude, robo o abuso de confianza, para financiar el juego.
 9. Ha arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales por el juego.
 10. Confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.
- B. El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maniaco.
- Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) DSM-IV-TR.

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuum de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad por limitaciones físicas (o ambientales).

Tomado de: (Santos y otros, 2008, pp. 66-70).

Evaluación

Para evaluar la relación del individuo con el juego y determinar la presencia o no de la conducta adictiva se recomienda analizar los planteamientos que sugiere el enfoque de tratamiento cognitivo – conductual y hacer una revisión profunda de la conducta compulsiva, identificar particularidades y generalidades de la sintomatología. Para ello, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos: las funciones que cumple el juego en la persona, las habilidades de afrontamiento, la presencia y naturaleza de los impulsos a jugar, las ideas irracionales, la presencia de otros problemas asociados, el nivel de motivación, objetivo del paciente al seguir el tratamiento (Caballo, 1997).

Con los elementos aportados en el diagnóstico del usuario es posible tener un panorama amplio de las características, sintomatología y diagnóstico dual, si existe, desde cada área de intervención, para diseñar las estrategias más oportunas y eficaces antes de proponer el tratamiento para evitar abordar cada caso de igual forma; se tienen en cuenta las individualidades, necesidades, el pronóstico, entre otros aspectos que determinan la forma terapéutica y las expectativas.

La Asociación Americana de Psiquiatría, en 1995, determinó el juego como una patología cuando se dan al menos cinco de las siguientes circunstancias:

- Preocupación por el juego (por ejemplo, idear formas de conseguir dinero para jugar).
- Necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado.
- Fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego.
- Inquietud o irritabilidad cuando se intenta interrumpir o detener el juego.
- El juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas.
- Después de perder dinero en el juego, se vuelve a jugar para intentar recuperarlo.

- Se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación en el juego.
- Se cometen actos ilegales como falsificaciones, fraude, robo o abusos de confianza para financiar el juego.
- Se han puesto en riesgo o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo u oportunidades profesionales por causa del juego.
- Se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la situación financiera causada por el juego". Tomado de: (DSM IV – TR, p. 634).



Instrumentos de evaluación

- Cuestionario de evaluación DSM IV para el juego patológico

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL DSM-IV PARA EL JUEGO PATOLÓGICO

Nombres y apellidos: _____

Fecha: _____

EN EL ÚLTIMO AÑO:		SÍ	NO
1.	a.- ¿Ha pasado mucho tiempo pensando en experiencias pasadas de juego o planeando las siguientes jugadas?		
	b.- ¿Piensa frecuentemente en la forma de conseguir dinero para jugar?		
2.	a.- ¿Ha tenido momentos en los que ha necesitado jugar más para obtener el grado de excitación deseado?		
	b.- ¿Ha tenido que jugar con mayores cantidades de dinero o apostar más para obtener el grado de excitación deseado?		
3.	a.- ¿Ha intentado disminuir o controlar el juego repetidas veces en el pasado y le ha resultado difícil?		
	b.- ¿Ha intentado interrumpir su conducta de juego repetidas veces en el pasado y no lo ha conseguido?		
4.	a.- Después de intentar interrumpir o detener el juego, ¿se ha sentido inquieto o irritable?		
5.	a.- ¿Siente que jugar es una forma de escapar de sus problemas?		
	b.- ¿Percibe que el juego alivia emociones desagradables como la ansiedad y la depresión?		
6.	a.- Cuando pierde dinero en un día ¿generalmente vuelve para recuperar lo perdido?		
	b.- ¿Cuándo ha tenido una importante deuda por el juego, ha continuado jugando con la esperanza de recuperar su dinero?		
7.	a.- ¿Ha mentido con mucha frecuencia a los miembros de su familia, amigos, compañeros de trabajo o profesores acerca de su grado de implicación o de sus deudas de juego?		
	b.- ¿Ha ocultado o intentado ocultar su conducta de juego a otras personas (p.ej.: miembros de la familia)?		
8.	a.- ¿Ha hecho falsificaciones o robado con la finalidad de financiar el juego?		
	b.- ¿Ha cometido algún tipo de acto ilegal como un asalto o acto fraudulento para mantener su conducta de juego?		
9.	a.- ¿Ha tenido momentos en los que el juego ha generado problemas en sus relaciones con amigos, familia, compañeros de trabajo o profesores?		
	b.- ¿Ha faltado al trabajo, escuela u otra actividad social o familiar por el juego?		
10.	a.- ¿Ha pedido dinero prestado porque el juego le ha causado problemas económicos?		
	b.- Cuando se ha sentido desesperado por su situación económica, ¿ha conseguido que otras personas paguen sus deudas de juego?		

• Cuestionario de juego de South Oaks

CUESTIONARIO DE JUEGO DE SOUTH OAKS (SOGS)

(South Oaks Fundation, 1992. Validación española de Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994)

Nombres y apellidos: _____

Fecha: _____

1. Indique, por favor, cuál de los siguientes juegos ha practicado usted en su vida.

Señale para cada tipo una contestación:

1: "nunca" | 2: "menos de una vez por semana" | 3: "una vez por semana o más".

- | | 1 | 2 | 3 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) jugar a cartas con dinero de por medio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) apostar en las carreras de caballos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) apostar en el frontón o en los deportes rurales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) jugar a la lotería, a las quinielas, a la primitiva, a la bono-loto o a los ciegos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) jugar en el casino | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) jugar al bing | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) especular en la bolsa de valores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) jugar en las máquinas tragamonedas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) practicar cualquier deporte o poner a prueba cualquier habilidad por una apuesta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. ¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que ha gastado en jugar en un solo día?

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Nunca he jugado dinero | <input type="checkbox"/> | Menos de 6 euros | <input type="checkbox"/> |
| Entre \$15.000 y \$180.000 | <input type="checkbox"/> | Entre \$180.000 y \$300.000 | <input type="checkbox"/> |
| Entre \$300.000 y 1.000.000 | <input type="checkbox"/> | Más de 1.000.000 | <input type="checkbox"/> |

3. Señale quién de las siguientes personas allegadas tiene o ha tenido un problema de juego.

- Mi padre Mi madre Un hermano Un abuelo
 Mi cónyuge o pareja Alguno de mis hijos Otro familiar
 Un amigo o alguien importante para mí

4. Cuando usted juega dinero, ¿con qué frecuencia vuelve otra vez a jugar para recuperar lo perdido?

- Nunca

- Algunas veces, pero menos de la mitad
- La mayoría de las veces que pierdo
- Siempre que pierdo
5. ¿Ha afirmado usted alguna vez haber ganado dinero en el juego cuando en realidad había perdido?
- Nunca
- Sí, pero menos de la mitad de las veces que he perdido
- La mayoría de las veces
6. ¿Cree que tiene o ha tenido alguna vez problemas con el juego?
- No
- Ahora no, pero en el pasado sí
- Ahora sí
7. ¿Ha jugado alguna vez más dinero de lo que tenía pensado?
- Sí
- No
8. ¿Le ha criticado la gente por jugar dinero o le ha dicho alguien que tenía un problema de juego, a pesar de que usted cree que no es cierto?
- Sí
- No
9. ¿Se ha sentido alguna vez culpable por jugar o por lo que le ocurre cuando juega?
- Sí
- No
10. ¿Ha intentado alguna vez dejar de jugar y no ha sido capaz de ello?
- Sí
- No
11. ¿Ha ocultado alguna vez a su pareja, a sus hijos o a otros seres queridos billetes de lotería, fichas de apuestas, dinero obtenido en el juego u otros signos de juego?
- Sí
- No

12. ¿Ha discutido alguna vez con las personas con que convive sobre la forma de administrar el dinero?
- Sí
- No
13. (Si ha respondido Sí a la pregunta anterior) ¿Se han centrado alguna vez las discusiones de dinero sobre el juego?
- Sí
- No
14. ¿Ha pedido en alguna ocasión dinero prestado a alguien y no se lo ha devuelto por causa del juego?
- Sí
- No
15. ¿Ha perdido alguna vez tiempo de trabajo o de clase debido al juego?
- Sí
- No
16. Si ha pedido prestado dinero para jugar o pagar deudas, ¿a quién se lo ha pedido o de dónde lo ha obtenido? (Ponga una X en las respuestas que sean ciertas en su caso).
- a) Del dinero de casa
- b) A mi pareja
- c) A otros familiares
- d) De bancos y cajas de ahorro
- e) De tarjetas de crédito
- f) De prestamistas
- g) De la venta de propiedades personales o familiares
- h) De la firma de cheques falsos o de extender cheques sin fondos
- i) De una cuenta de crédito en el mismo casino

Hoja de puntuación del SOGS

Las puntuaciones de este cuestionario están determinadas por el número de preguntas que revelan una respuesta "de riesgo".

No se valoran las preguntas 1, 2 y 3.

Pregunta 4: La mayoría de las veces que pierdo, o Siempre que pierdo.

Pregunta 5: Sí, pero menos de la mitad de las veces que he perdido, o La mayoría de las veces.

Pregunta 6: Ahora no, pero en el pasado sí, o Ahora sí

Pregunta 7: Sí

Pregunta 8: Sí

Pregunta 9: Sí

Pregunta 10: Sí

Pregunta 11: Sí

Pregunta 12: No se valora

Pregunta 13: Sí

Pregunta 14: Sí

Pregunta 15: Sí

Pregunta 16a: Sí

Pregunta 16b: Sí

Pregunta 16c: Sí

Pregunta 16d: Sí

Pregunta 16e: Sí

Pregunta 16f: Sí

Pregunta 16g: Sí

Pregunta 16h: Sí

Pregunta 16i: No se valora.

Total= (sobre un máximo de 19 puntos)

Puntuación Valoración

o más = Probable jugador patológico

Tomado de: (Santos y otros, 2008, pp. 74-77).

- Cuestionario de jugadores anónimos.

A continuación se presenta el cuestionario de jugadores anónimos, que consta de 20 preguntas para responder SÍ o NO

“20 preguntas para determinar la presencia de la ludopatía

1. ¿Alguna vez ha perdido tiempo de trabajo o estudio por causa del juego?
2. ¿Le ha ocasionado el juego infelicidad o problemas en su hogar?
3. ¿Le ha afectado el juego su reputación?

4. ¿Ha sentido remordimiento después de jugar?
5. ¿Ha jugado para conseguir dinero y pagar deudas o resolver dificultades económicas?
6. ¿Jugar le ocasiona una disminución de sus ambiciones?
7. ¿Después de perder, ha sentido deseos de volver lo más pronto posible a recuperar lo perdido?
8. ¿Después de ganar ha sentido fuertes deseos de volver y ganar más?
9. ¿Con frecuencia juega hasta perder el último centavo?
10. ¿Ha prestado para financiar su forma de jugar? (Las tarjetas de crédito son una forma de financiación).
11. ¿Ha tenido que vender algún bien o propiedad para financiar el juego?
12. ¿Ha tenido dificultad en utilizar “el dinero del juego” para gastos cotidianos?
13. ¿El juego le hace descuidar u olvidar el bienestar propio y el de su familia?
14. ¿Ha jugado más tiempo del que tenía planeado?
15. ¿Ha jugado para evadir los problemas o preocupaciones?
16. ¿Ha realizado o ha considerado realizar actos ilegales para financiar el juego?
17. ¿Le ocasiona el juego dificultades para dormir?
18. ¿Las discusiones, decepciones o frustraciones, le ocasionan grandes deseos de jugar?
19. ¿Ha sentido fuertes deseos de celebrar una buena noticia con unas cuantas horas de juego?
20. ¿Ha considerado la posibilidad de suicidarse por los problemas con el juego?”

Tomado de: (Jugadores Anónimos, 1993, p. 108).

- Cuestionario breve de juego patológico (CBJP)

Cuestionario muy apropiado para intercalar en una entrevista más general y para hacer cribaje de problemas de juego. Puede ser utilizado por diversos profesionales (p. ej., en servicios sociales podría

ayudar a detectar jugadores patológicos en familias muy demandantes de ayudas).

1. ¿Cree que tiene o ha tenido alguna vez problemas con el juego?
2. ¿Se ha sentido culpable por jugar o por lo que le ocurre cuando juega?
3. ¿Ha intentado alguna vez dejar de jugar y no ha sido capaz de ello?
4. ¿Ha cogido alguna vez dinero de casa para jugar o pagar deudas?

Respuesta: SÍ / NO. Con dos respuestas afirmativas hay sospecha de juego patológico (Fernández-Montalvo, Echeburúa y Báez, 1995, P. 16).

Modelo de cambio conductual

Becoña & Cortés (2010) define el cambio como un continuo en el que es posible identificar etapas y uno de los modelos más usado es el transteórico de Prochaska y DiClemente (1992).

Los estadios distinguen los niveles de predisposición al cambio por los que pasa un individuo cuando modifica su conducta adictiva. Para (Tejero y Trujols, 1994) ubicar a los pacientes en un estadio brinda la posibilidad de evaluar el momento en el que se den determinados cambios de intenciones, actitudes y conductas respecto al consumo y además, brinda información para el diseño del plan de tratamiento, el cual pone en evidencia los cambios que se necesitan para dejar o reducir la conducta adictiva (Becoña, 2010).

Estadios de cambio

De acuerdo con Prochaska y DiClemente (1992) existen cinco estadios por los que pasan las personas cuando quieren dejar una adicción: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

“En el primer estadio de precontemplación la persona no tiene intención de cambiar (habitualmente evaluado para los próximos 6 meses); en el de contemplación la persona tiene la intención de cambiar a medio plazo (en los próximos 6 meses); en el de preparación para la acción tiene la intención de cambiar a corto plazo, en los próximos 30 días y ha hecho un intento serio de abandono en el último año, estando al menos un día abstinente de consumir en el año previo; en el de acción la persona deja de consumir, durante al

menos 24 horas y menos de 6 meses; y, en el estadio de mantenimiento la persona lleva al menos 6 meses sin consumir la sustancia” (Becoña, 2010, 66).

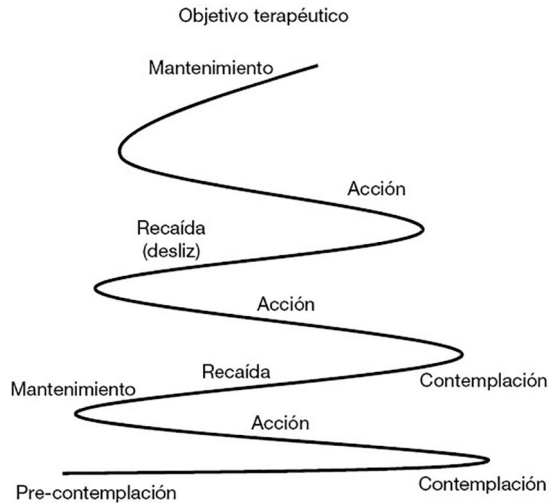
Estadio de precontemplación: El adicto no cuestiona su situación, en ocasiones, no ve la problemática que tiene, por tanto dedica poco tiempo y energía a considerar un posible cambio; se le dificulta identificar las consecuencias para sí mismo y para quienes lo rodean; las drogas le generan gratificación; es posible que aún no conozca lo suficiente acerca de su adicción; si acude a tratamiento lo hace por presión externa, por tanto, es fundamental abordar la motivación porque puede desistir fácilmente; es defensivo y resistente al cambio (Becoña, 2010).

Estadio de contemplación: El adicto comienza a ser más consciente de su problemática; inclusive puede considerar la opción de dejar de consumir, sin tener un compromiso real de cambio desde la modificación conductual; empiezan a identificarse consecuencias positivas de dejar el consumo; habla acerca de su situación, causas, consecuencias y potencial tratamiento (Becoña, 2010).

Estadio de preparación: En esta etapa toma la decisión de dejar el consumo y empieza a hacer pequeños cambios respecto al consumo y a valorar un posible cambio en el estilo de vida (Becoña, 2010).

Estadio de acción: Hay un cambio significativo en la conducta problemática.

Estadio de mantenimiento: Hay una consolidación de los logros de la etapa anterior, previene recaídas, comienza aproximadamente seis meses después de iniciado el cambio; puede tener miedo a una recaída y siente que comienza a ser la persona que deseaba ser (Becoña & Cortés, 2010).

Estadios de cambio

Tomado de: (Becoña & Cortés, 2010, p. 69. Estadios del Modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente (1982).

Procesos de cambio en conductas adictivas

Prochaska y DiClemente (1993) definen los procesos de cambio como “una actividad iniciada o experimentada por un individuo que modifica el afecto, la conducta, las cogniciones o las relaciones interpersonales” (Becoña & Cortés, 2010, p. 70). Estos procesos, que contienen actividades cognitivas y conductuales, ayudan a los individuos a progresar en la modificación de sus hábitos adictivos. Los procesos enunciados en el modelo son:

- “1. *Aumento de concienciación. El paciente intensifica el análisis que realiza en torno a los problemas asociados a su conducta adictiva y los beneficios que obtendría si modifica esos hábitos.*
2. *Autorreevaluación. Consiste en una valoración afectiva y cognitiva de la conducta adictiva en torno a cómo afecta esa conducta a sus valores y manera de ser, así como también en lo relativo a los beneficios que se derivarían del abandono de la conducta adictiva.*

3. *Reevaluación ambiental. Consiste en una valoración del impacto que está teniendo el consumo de drogas en la gente que le rodea y en las relaciones interpersonales y cómo cambiarían si dejara de consumir drogas.*
4. *Alivio dramático. Hace referencia a la experimentación y expresión de las reacciones emocionales derivadas de la concienciación de las consecuencias negativas que se derivan del consumo de drogas.*
5. *Autoliberación. Representa un compromiso personal caracterizado por un aumento de la capacidad de elegir y tomar decisiones, desde la creencia de que uno mismo es un elemento esencial en el proceso de cambio. Implica también la creencia de que se pueden adquirir las habilidades necesarias para cambiar.*
6. *Liberación social. La capacidad para tomar decisiones aumenta también la toma de conciencia de la representación social de la conducta adictiva y de la voluntad social por combatirla.*
7. *Manejo de contingencias. Es una estrategia conductual que consiste en hacer aumentar o disminuir la probabilidad de ocurrencia de una conducta a través del refuerzo o del auto-refuerzo.*
8. *Relaciones de ayuda. Consiste en la utilización del apoyo social con el que cuenta la persona para superar su adicción. El paciente confía en alguna persona del entorno para abordar su problema.*
9. *Contracondicionamiento. Consiste en la modificación de las respuestas condicionadas al consumo de drogas de tipo conductual, cognitivo y fisiológico. Lleva consigo la emisión de conductas alternativas al consumo de drogas.*
10. *Control de estímulos. Se caracteriza porque la persona evita la exposición a situaciones de alto riesgo para el consumo" (Becoña, 2010, p. 70-71).*

El proceso de cambio cognitivo tiene relación con los estadios iniciales de precontemplación, contemplación y preparación y se evidencia el cambio comportamental en los estadios de acción y mantenimiento. A continuación se presenta una interrelación entre estadios y procesos de cambio:

Tabla 4.1. Interrelación entre estadios y procesos de cambio.

Precontemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantenimiento
Aumento de la concienciación				
Alivio dramático				
Reevaluación ambiental				
		Auto-reevaluación		
			Auto-liberación	
				Manejo contingencias
				Relaciones de ayuda
				Contracondicionamiento
				Control de estímulos

Tomado de: (Becoña, 2010, p. 71. *En* Prochaska, DiClemente y Norcross (1994).

El modelo de Prochaska y DiClemente propone que los profesionales estén atentos a los cambios del paciente y promuevan la motivación necesaria para que avance de un estadio al otro. Para ello sugieren el uso de técnicas de acuerdo con la fase en la que se halle. Velásquez, Maurer, Crouch y DiClemente (2001). El uso de las técnicas facilita la comprensión de los procesos de cambio y, por ende, el avance en las etapas.

La psicoeducación: Es una herramienta que promueve el cambio hacia la toma de conciencia y el autocontrol, brinda información acerca de las sustancias, los factores de riesgo, protección y prevención de recaídas. También existe la psicoeducación conductual en la que se hace énfasis en la detección de la adicción, manejo de síntomas, regulación de hábitos y reestructuración de temas relacionados con la dependencia.

La clarificación de valores: El propósito de la técnica es que el paciente identifique sus valores y reconozca lo que más valora en su vida, las diferencias en relación con la adicción y se busca el incremento del cambio y de la autorreevaluación.

Solución de problemas: Promueve la habilidad para solucionar problemas con eficacia y agilidad, emprende las acciones necesarias con sentido común e iniciativa. Se busca con ello emprender acciones ante las dificultades sin pérdida de tiempo y atiende las soluciones que marcan el sentido común, piensa en las repercusiones que pueden tener en un plazo más amplio. Los pasos para solucionar problemas son: definir el problema, buscar alternativas de solución, valorar las consecuencias positivas y negativas de cada alternativa, elegir la más conveniente e implantar (Montejo, 2001).

Planificación de la prevención de recaídas: Aparece durante la etapa de acción para fomentar “conductas proactivas de búsqueda de situaciones que provocan tentación para consumir y mejora el proceso de cambio de autoliberación, fomentando en el paciente el compromiso con el cambio” (Becoña, 2010, p. 74).

Técnicas de relajación: Son métodos, procedimiento o actividades que ayudan al adicto y a su familia a disminuir reducir su tensión física y mental; igualmente, permiten que alcancen un mayor nivel de calma y reducen sus niveles de estrés, ansiedad o ira. La sustitución de la ansiedad por la calma por medio de esta técnica aumenta el proceso de cambio de contracondicionamiento (Becoña, 2010).

Entrenamiento en asertividad: Una estrategia comunicativa que se ubica en el medio de dos conductas que resultan opuestas y que son la pasividad y la agresividad. Permite al paciente aprender a responder con éxito a las ofertas de drogas o de consumo de drogas. Desarrolla los procesos de contracondicionamiento y facilita respuestas que cuiden su salud para evitar el consumo.

Role-playing o juego de roles: Es una técnica practicada en grupo en la que se simula una situación de la vida diaria y cada participante representa el papel del personaje concreto que le corresponde. El conjunto del grupo (puede ser otros pacientes o la familia del paciente) representan dicha circunstancia, referente al consumo o no consumo, como si se tratara de la realidad y cada uno se mete en su papel con plena conciencia.

Mediante la representación, aflora la capacidad de cada individuo tanto de actuar como de tomar las decisiones que tomaría en dicha situación no el propio individuo, sino las del personaje que está representando. De este modo, la técnica permite desarrollar la empatía, la comprensión y reconocimiento de emociones y sentimientos, así como la conducta que le caracteriza en determinadas circunstancias. *“Con la práctica de nuevas conductas se mejora el proceso de cambio de contracondicionamiento sustituyendo las conductas de consumo por alternativas saludables”* (Becoña & Cortés, 2010, p. 74).

Técnicas cognitivas: Se utilizan para los procesos de cambio experienciales como conductuales. Despliega el aumento de la concienciación, autorreevaluación, reevaluación ambiental, autoliberación, contracondicionamiento y manejo de contingencias (Becoña & Cortés, 2010).

Reestructuración ambiental: Modificar condiciones ambientales y situaciones de riesgo para el control de estímulos y búsqueda de nuevas alternativas.

Clarificación del rol: Es una técnica usada para abordar los conflictos entre compañeros de trabajo cuando alguno de ellos es también consumidor de drogas. *“El paciente aprende a identificar el rol que ocupa y cómo el consumo de drogas puede afectarle en este aspecto. La técnica incrementa el proceso de cambio de reevaluación ambiental”* (Becoña & Cortés, 2010, p. 74).

Reforzamiento. Esta técnica ejemplifica el manejo de contingencias.

Clarificación de necesidades: Permite reevaluar su vida y detectar en qué aspectos necesita mejorar para promover el cambio de liberación social.

Evaluación y feedback: *“La evaluación en sí misma no es una técnica terapéutica pero, sumada al hecho de proporcionar feedback, le ofrece a los pacientes la oportunidad de observar de forma más realista la verdadera extensión de su consumo de drogas. Mejora los*

procesos de cambio de aumento de concienciación de la verdadera extensión de su problema” (Becoña & Cortés, 2010, p. 74).

Evaluación del cambio

Es fundamental evaluar los cambios en los distintos momentos del tratamiento y revisar la motivación puesto que incide en los avances o retrocesos. Con ella se plantean objetivos terapéuticos y se implementan técnicas cognitivo conductuales para afianzar la motivación y adhesión al plan propuesto y disminuir las posibilidades de una recaída (Cortés, 2009).

Se han diseñado dos instrumentos para evaluar el cambio, entre ellos está el Sócrates -7D que es una escala que evalúa el consumo de sustancias y sus cambios respecto a la viabilidad de entrar en tratamiento, incluidas las cuestiones específicas sobre uso de alcohol u otras drogas. En la página 109 se presenta el cuestionario.

CUESTIONARIO SOBRE SU USO PERSONAL DE DROGAS (SÓCRATES 7D)

Instrucciones: Por favor lea las siguientes declaraciones cuidadosamente. Cada una, describe una manera en la que usted quizás (o quizás no) se sienta de su uso de drogas.

Para cada una ponga un círculo alrededor de un número del 1 al 5, para indicar cuánto está o no está de acuerdo usted con esa declaración ahora mismo. Por favor, ponga un círculo alrededor de un número y solamente un número para cada declaración.

	No estoy muy de acuerdo	No estoy de acuerdo	Indeciso(a) o inseguro(a)	Estoy de acuerdo	Estoy muy de acuerdo
1. Verdaderamente quiero hacer cambios en mi uso de drogas.	1	2	3	4	5
2. Hay veces cuando me pregunto si uso drogas demasiado.	1	2	3	4	5
3. Definitivamente tengo algunos problemas relacionados con las drogas.	1	2	3	4	5

4. Ya he empezado a hacer algunos cambios en mi uso de drogas.	1	2	3	4	5
5. Estuve usando drogas demasiado anteriormente, pero he podido cambiar eso.	1	2	3	4	5
6. La única razón por la que estoy aquí es porque alguien me hizo venir.	1	2	3	4	5
7. A veces me pregunto si soy un(a) drogadicto(a).	1	2	3	4	5
8. Verdaderamente quiero hacer algo acerca de mi uso de drogas.					
9. No solamente estoy pensando cambiar mi uso de drogas, ya estoy haciendo algo.					
10. Ya he cambiado mi uso de drogas, y estoy buscando maneras para evitar volver a mi patrón viejo.					
11. Tengo problemas serios con drogas.					
12. A veces me pregunto si mi uso de drogas está lastimando a otra gente.					
13. Uso drogas demasiado a veces.					
14. Estoy activamente haciendo cosas ahora para reducir o parar mi uso de drogas.					
15. Tuve problemas con drogas anteriormente, pero ya no.					
16. Creo que necesito estar viniendo a tratamiento para ayuda con mi uso de drogas.					
17. Me pregunto si las drogas son buenas para mí.					
18. Si no cambio mi uso de drogas pronto, mis problemas van a empeorar.					
19. Ya he estado tratando de cambiar mi uso de drogas, y estoy aquí para obtener más ayuda.					
20. Ahora que he cambiado mi uso de drogas, es importante para mí mantener los cambios que he hecho.					
21. Sé que tengo un problema con drogas.					
22. No estoy seguro si uso drogas demasiado.					

23. Definitivamente es tiempo de hacer algo de los problemas que he estado teniendo con drogas.					
24. He empezado a llevar a cabo un plan para reducir o parar mi uso de drogas.					
25. Quiero ayuda para evitar volver a los problemas con drogas que tenía antes.					
26. Soy más o menos normal en mi uso de drogas.					
27. A veces me pregunto si estoy en control de mi uso de drogas.					
28. Soy un drogadicto(a).					
29. Estoy trabajando duro para cambiar mi uso de drogas.					
30. Estoy preocupado(a) que mis problemas anteriores con drogas puedan volver.					
31. He tenido más dificultades por causa de las drogas que la mayoría de la gente.					
32. No creo que tengo 'un problema' con drogas, pero hay veces cuando me pregunto si uso drogas demasiado.					
33. Tengo un problema con drogas.					
34. Yo sé que mi uso de drogas ha causado problemas, y estoy tratando de hacer algo acerca de esto.					
35. He hecho algunos cambios en mi uso de drogas, y quiero ayuda para seguir.					
36. Mis problemas son por lo menos parcialmente debidos a mi propio uso de drogas.					
37. No sé si debería de cambiar mi uso de drogas.					
38. Mi uso de drogas está causando mucho daño.					
39. Tengo un problema serio con drogas, y ya he empezado a vencerlo.					
40. Estoy limpio(a) y sobrio(a), y quiero mantenerme así.					

SOCRATES – 7D <i>Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale</i> Cuestionario sobre su uso personal de drogas	
Miller, W.R., Tonigan, J.S. y Montgomery, H.A. (1990). <i>Assessment of client motivation to change: Preliminary validation of the SOCRATES (Rev) Instrument</i> . Albuquerque, NM: University of New Mexico. Miller, W.R. y Tonigan, J.S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). <i>Psychology of Addictive Behaviors</i> , 10, 81-89.	
Objetivo	Evaluar el nivel de predisposición del sujeto hacia el cambio (estadios motivacionales).
Composición	40 preguntas con escala de respuesta tipo likert.
Ámbito aplicación	<ul style="list-style-type: none"> > Puede aplicarse ante cualquier conducta problema, incluyendo las conductas adictivas. > Pacientes que inician un tratamiento de conductas adictivas. > Pacientes que siguen un tratamiento por su conducta adictiva (seguimiento).
Duración	5 minutos.
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> > Cada estadio es evaluado con 8 ítems, algunos de ellos están formulados en sentido inverso, por lo que previo a la corrección del instrumento se requiere de un ajuste que incluye invertir la puntuación de estos ítems. > Este instrumento ofrece cinco puntuaciones, una por cada uno de los estadios motivacionales que evalúa, dando cuenta del continuo motivacional del sujeto, La mayor puntuación indica el estadio en el que se sitúa de forma predominante el paciente, mientras que el resto de puntuaciones indican posibles bloqueos o resistencias a trabajar para que no disminuya o para incrementar el nivel motivacional preferente.
Corrección e interpretación	<ul style="list-style-type: none"> > Todos los ítems se responden utilizando la misma escala de respuesta desde 1=No estoy de acuerdo a 5= Estoy totalmente de acuerdo. > El estadio de precontemplación es el único que incluye ítems en sentido inverso. Estos ítems requieren una inversión de sus puntuaciones previo a realizar la suma para obtener la puntuación total del estadio. Los ítems a reconvertir son: 1, 11, 16, 21, 31 y 36. > La puntuación de cada estadio se obtiene sumando los valores atribuidos a cada una de las respuestas de los ítems que lo forman. El intervalo de puntuaciones de cada uno de los estadios puede oscilar entre 8 y 40 puntos. > No se ofrece ningún punto de corte. A mayor puntuación, mayor predominio de ese estadio.
Variaciones del instrumento	<ul style="list-style-type: none"> > SOCRATES-8A. Se incluyen 19 ítems en los que el paciente informa cómo percibe su conducta de consumo de alcohol en la actualidad. Utiliza una escala likert de 5 puntos (1=Muy en desacuerdo a 5= Totalmente de acuerdo) en cada uno de los ítems. En este caso, la corrección de la prueba ofrece tres puntuaciones que se corresponden con las escalas: Re-Reconocimiento (ítems: 1, 3, 7, 10, 12, 15 y 17); Am- Ambivalencia (ítems: 2, 6, 11 y 16) y Ts- Hacer cosas respecto a su conducta de consumo (ítems: 4, 5, 8, 9, 13, 14, 18 y 19). Este instrumento sólo se ha utilizado hasta el momento con fines de investigación, pero es importante tenerlo en cuenta porque reduce el número de ítems a 19 a partir de análisis factoriales realizados con versiones anteriores del instrumento. Además, esta nueva escala correlaciona alto con la versión de 39 ítems tanto en Re ($r=0,96$), Am ($r=0,88$) como en Ts ($0,94$). Los análisis psicométricos también ofrecen garantías de su utilidad: Re (Cronbach: 0,85-0,95 // Test-Retest intraclase: 0,88 // Pearson: 0,94) Am (Cronbach: 0,60-0,88 // Test-Retest intraclase: 0,82 // Pearson: 0,83) Ts (Cronbach: 0,83-0,96 // Test-Retest intraclase: 0,91 // Pearson: 0,93) > Se están desarrollando nuevas versiones del SOCRATES que se difundirán en el momento en el que concluyan los estudios psicométricos. La mayoría de ellas tratan de evaluar la motivación hacia el cambio de gente significativa para el paciente. <u>No</u> se trata de una medida indirecta de la motivación del paciente: <p>8D: 19 ítems con preguntas de drogas (dirigido al cliente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 7A-SO-M: 32 ítems con cuestiones sobre alcohol (dirigido a referentes importantes del paciente varón) • 7A-SO-F: 32 ítems con cuestiones sobre alcohol (dirigido a referentes importantes de la paciente de sexo femenino) • 7D-SO-M: 32 ítems con cuestiones sobre drogas (dirigido a referentes importantes del paciente varón) • 7D-SO-F: 32 ítems con cuestiones sobre drogas (dirigido a referentes importantes de la paciente de sexo femenino) <p>Todas las nuevas formas SO carecen del estadio de Mantenimiento.</p>

Tomado de: (López, Montaña, Stretti, Sánchez & Pacual, 2009).

El otro instrumento es el Urica, que indaga de forma general acerca de la problemática y su posible cambio. A continuación se presenta:

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CAMBIO DE LA UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND (URICA).

Nombre _____ Apellidos _____

Fecha ____ / ____ / ____

Instrucciones. Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento o aborda algún problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso responde en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte. Recuerda que siempre que aparezca la palabra problema se refiere a tu problema con las sustancias.

VALORES 1. Totalmente en desacuerdo
 2. Bastante en desacuerdo
 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 4. Bastante de acuerdo
 5. Totalmente de acuerdo

1. Que yo sepa no tengo problemas que cambiar.

1 2 3 4 5

2. Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera.

1 2 3 4 5

3. Estoy haciendo algo con los problemas que me han estado preocupando.

1 2 3 4 5

4. Puede que valga la pena el que trabaje para solucionar mi problema.

1 2 3 4 5

5. No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido que yo esté aquí.

1 2 3 4 5

6. Me preocupa la posibilidad de que dé un paso atrás con un problema que ya he cambiado, por esto estoy aquí en búsqueda de ayuda.

1 2 3 4 5

VALORES 1. Totalmente en desacuerdo
 2. Bastante en desacuerdo
 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 4. Bastante de acuerdo
 5. Totalmente de acuerdo

7. Por fin estoy haciendo algo para resolver mi problema.

1 2 3 4 5

8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo.

1 2 3 4 5

9. He trabajado con éxito en mi problema pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo yo solo.

1 2 3 4 5

10. A veces mi problema es dificultoso, pero estoy trabajando para resolverlo.

1 2 3 4 5

11. Para mí, el hecho de estar aquí es casi como perder el tiempo ya que el problema no tiene que ver conmigo.

1 2 3 4 5

12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo.

1 2 3 4 5

13. Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite realmente cambiar.

1 2 3 4 5

14. Me estoy esforzando realmente mucho para cambiar.

1 2 3 4 5

15. Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo.

1 2 3 4 5

16. No me siento capaz de mantener lo que he cambiado en la forma que yo esperaba, y estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema.

1 2 3 4 5

VALORES 1. Totalmente en desacuerdo
 2. Bastante en desacuerdo
 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 4. Bastante de acuerdo
 5. Totalmente de acuerdo

17. Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando.

1 2 3 4 5

18. Pensaba que una vez hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado pero a veces aún me encuentro luchando con él.

1 2 3 4 5

19. Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.

1 2 3 4 5

20. He empezado a hacer frente a mis problemas pero me gustaría que se me ayudara.

1 2 3 4 5

21. Quizás en este lugar me puedan ayudar.

1 2 3 4 5

22. Puede que ahora necesite un empuje para ayudarme a mantener los cambios que ya he llevado a cabo.

1 2 3 4 5

23. Puede que yo sea parte del problema, pero no creo que realmente sea así.

1 2 3 4 5

24. Espero que aquí alguien me pueda dar un buen consejo.

1 2 3 4 5

25. Cualquier persona puede hablar sobre el cambio, yo de hecho estoy haciendo algo para cambiar.

1 2 3 4 5

- VALORES 1. Totalmente en desacuerdo
 2. Bastante en desacuerdo
 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 4. Bastante de acuerdo
 5. Totalmente de acuerdo
26. Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué no podrá la gente simplemente olvidar sus problemas?
1 2 3 4 5
27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema.
1 2 3 4 5
28. Es frustrante, pero siento que podría reaparecer el problema que pensaba haber resuelto.
1 2 3 4 5
29. Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona. ¿Por qué perder el tiempo pensando en ellas?
1 2 3 4 5
30. Estoy trabajando activamente en mi problema.
1 2 3 4 5
31. Asumiría mis defectos antes que intentar cambiarlos.
1 2 3 4 5
32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa.
1 2 3 4 5

Tomado de: (Jara, 2008, p. 161- 164, En: McConnaughy et al, 1993; - McConnaughy et al, 1989; Martin et al, 1992; Rossi et al, 1992.).

URICA <i>University of Rhode Island Change Assessment</i> <i>Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island</i>	
<p>McConaughy, E.A., Prochaska, J. O. y Velicer, W.F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. <i>Psychotherapy: Theory, Research and Practice</i>, 20, 368-375.</p> <p>Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1986). Toward a Comprehensive Model of Change. En W. R. Miller & N. Heather (Eds.), <i>Treating Addictive Behavior. Processes of Change</i> (pp. 3-27). Nueva York, USA: Plenum Publishing Corporation.</p> <p>McConaughy, E.A., DiClemente, C., Prochaska, J.O. y Velicer, W.F. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. <i>Psychotherapy: Theory, Research and Practice</i>, 26, 494-503.</p> <p>Trujols, J., Tejero, A., y Bañuls, E. (2003). Evaluación de los estadios y procesos de cambio en la dependencia de cocaína. En: J.Pérez-Cobos (ed.). <i>Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína</i>, 51-74. Barcelona: Psiquiatría Editores.</p>	
Objetivo	Evaluar el nivel de predisposición al cambio o estadio motivacional en el que se encuentra un paciente.
Composición	32 ítems con respuesta likert de 5 anclajes.
Ámbito aplicación	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Puede aplicarse ante cualquier conducta problema, incluyendo las conductas adictivas. ➢ Pacientes que inician un tratamiento por consumo anómalo de alcohol. ➢ Pacientes que están en tratamiento por consumo anómalo de alcohol.
Duración	De 5 a 10 minutos.
Descripción	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Evalúa cuatro de los cinco estadios de cambio propuestos por Prochaska y DiClemente: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento. ➢ Cada estadio incluye un total de 8 ítems. ➢ Los ítems describen cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento o aborda algún problema en su vida. Concretamente el entrevistado indica el grado de acuerdo con una serie de afirmaciones. ➢ La evaluación contempla sólo el momento actual.
Fiabilidad y Sensibilidad	Los estudios realizados (Carney y Kivlahan, 1992; DiClemente y Hughes, 1990; Martín, Rossi, Rosenbloom, Monti y Rohsenow, 1992) confirman la estructura factorial del URICA y muestran una elevada consistencia interna —el coeficiente alpha para las cuatro escalas se sitúa entre 0,88 y 0,89—.
Corrección e interpretación	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Se valora mediante una escala Likert de cinco puntos donde 1=totalmente en desacuerdo y 5= totalmente de acuerdo. ➢ La distribución de ítems en función del estadio al que pertenecen es la siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Pre-contemplación: 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29, 31. • Contemplación: 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21, 24. • Acción: 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25, 30. • Mantenimiento: 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28, 32. ➢ Se obtiene una puntuación para cada uno de los estadios resultado de la suma de las respuestas que el sujeto ofrece en cada uno de los ítems que los integran.
Recomendación	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Se obtiene una evaluación más precisa del grado de intención, disposición o actitud en relación al cambio que con medidas de tipo categorial. ➢ Es importante esta información al proporcionar al terapeuta consideraciones que debe tener en cuenta en el desarrollo de estrategias dirigidas a incrementar el cumplimiento de objetivos y la retención en el programa.

Entrevista motivacional

La entrevista motivacional, según (Miller y Rollnick, 2002), citado por Becoña & Cortés (2010) pretende que el profesional de la salud y el paciente establezcan una relación que genere motivación, que promueva la exploración y búsqueda de cambio de la conducta adictiva, desde un ambiente de empatía y sinceridad.

Es una estrategia útil con pacientes que no están motivados, predisuestos o que no desean cambiar y pretende ayudarlos a resolver las ambivalencias sobre el inicio del proceso y que se procure una apertura al cambio y preparación para la intervención.

De acuerdo con Becoña & Cortés (2010) en la entrevista motivacional el profesional tiene un rol directivo y no autoritario. Aunque el paciente tiene la responsabilidad del cambio, es guiado hacia el logro de objetivos concretos, las estrategias utilizadas son persuasivas, de apoyo y buscan la autonomía, para ello, se considera:

1. La motivación para el cambio no se impone, se obtiene del cliente. Se pone el énfasis en la evaluación objetiva de la conducta y sus consecuencias, tratando de fomentar la discrepancia en el paciente a fin de aumentar su conciencia de necesidad de cambio.
2. *Es el cliente quien debe articular y resolver su ambivalencia.*
3. *El terapeuta es directivo, ayuda al paciente a examinar y resolver su ambivalencia”*
4. *La resistencia se considera un patrón de conducta interpersonal influida por la conducta del terapeuta.*
5. *El estilo de asesoramiento es tranquilo y facilitador de reflexiones. La resistencia se trabaja a partir de la reflexión” (Becoña, 2010, p. 82).*

Principios de la Entrevista motivacional (Becoña & Cortés, 2010)

- Expresar la empatía a partir de la escucha respetuosa y sin jugar.
- Fomento en el paciente de la discrepancia entre el comportamiento actual y el logro de objetivos futuros.
- Promover la disminución de la resistencia, por tanto, se evitan las confrontaciones directas que puedan hacer que el paciente desista del proceso. La tarea del profesional es de formular preguntas que le ayuden a confrontarse y considerar aspectos que no consideraba para la toma de decisiones.
- Fortalecer la autoeficacia como aspecto fundamental para la motivación hacia el cambio y predictor del resultado favorable en el tratamiento de la adicción.

Con estas características, el profesional puede ayudar al usuario a concientizarse de que tiene un problema que deben resolver e incentivar la habilidad para enfrentar los obstáculos y lograr el cambio que se proponga.

Es posible comenzar con preguntas abiertas para abrir el diálogo, por ejemplo: ¿De qué tema quiere hablar? ¿Qué lo trajo aquí? ¿Por qué no empieza desde el principio y me pone al día? ¿Qué cosas le hacen pensar que esto es un problema? ¿Qué le lleva a pensar que podría cambiar si lo quisiera? ¿Qué cosas le hacen pensar que debería continuar consumiendo de la manera que lo ha hecho hasta ahora? ¿Cuáles serían las ventajas de realizar un cambio? Evitar preguntas con respuesta corta o SÍ-NO, Becoña & Cortés (2010).

Es importante que el profesional escuche de forma atenta y reflexiva, sin interferir en las palabras del paciente y permitir que realmente diga lo que quiere decir, y así identificar aspectos centrales del motivo de consulta, verificar la escucha con una frase que resuma lo expresado, y, sobre todo, no juzgarlo. A continuación se presenta una tabla que diseñó Gordon (1970), en la que se hace una relación de preguntas que indican que no hay una escucha activa en el profesional:

Tabla 5.1. Respuestas no indicativas de escucha no reflexiva

- Ordenar, dirigir o encargar.	- Estar de acuerdo, aprobar o rogar.
- Alertar o amenazar.	- Culpabilizar, ridiculizar o etiquetar.
- Dar consejo, realizar sugerencias.	- Interpretar o analizar.
- Persuadir con lógica, discusión o enseñanza.	- Reafirmar, simpatizar o consolar.
- Moralizar, sermonear o decir al paciente lo que debería hacer.	- Cuestionar o poner a prueba.
- Estar en desacuerdo, juzgar, criticar o culpabilizar.	- Retirarse, distraerse, hacer broma o cambiar de tema.

Fuente: Gordon (1970)

Es necesario que el profesional, de acuerdo con Becoña (2010), tenga cuidado con llevar la entrevista paso a paso, sin presionar al paciente para evitar que se distancie del tema y se ponga a la defensiva, para ello se puede empezar con las preocupaciones que manifiesta y crear un ambiente de confianza para hablar con libertad. También puede ocurrir que el paciente busque culpables de la problemática que lo aqueja, lo importante es llevarlo a que identifique qué es lo que realmente le preocupa y que considere que puede hacer algo para resolverlo.

Es oportuno usar frases positivas que muestren que se comprende al usuario, hacer resúmenes cortos periódicamente para hacer eco de lo dicho y, si hay otro tipo de información, mencionarla en la entrevista para validar la veracidad.

Dentro de los objetivos de la entrevista se tiene *“la identificación del problema (p. ej., tal vez he asumido unos riesgos innecesarios, nunca me di realmente cuenta de lo que llegaba a beber...), ser optimista acerca de la posibilidad del cambio (p. ej., creo que lo puedo hacer; voy a superar este problema...), la expresión de los asuntos que le preocupan verbal y no verbal (lágrimas, gestos... estoy muy preocupado por...), promover la intención de cambio (p. ej., creo que ha llegado el momento de que tome una decisión para cambiar, creo que debo hacer algo con esto...), (...) presentarle los extremos (imaginar las consecuencias más negativas), mirar hacia atrás (recordar el periodo previo a la aparición del problema y compararlo con la situación actual); mirar hacia delante (que se imagine a sí mismo después de un cambio), el balance decisional (comentar los aspectos positivos y negativos de su conducta*

actual), (...)utilizar los extremos o analizar objetivos (enunciar cuáles son las cosas que considera más importantes en su vida y descubrir cómo la conducta adictiva es incompatible o actúa en contra de estos objetivos)” (Becoña & Cortés, 2010, p. 85-86).

Otro de los aspectos para tener en cuenta es la resistencia que pone de manifiesto que no hay una adecuada interacción entre el profesional y el paciente, porque, regularmente queda el paciente en un lugar pasivo y no como protagonista de la entrevista. Se evidencia a través de preguntas acerca de la idoneidad del terapeuta, interrumpir cuando el terapeuta se encuentra hablando, negarse a asumir que tiene un problema y culpabilizar a otros, cambiar la dirección de la conversación, y afrontarla. Por ello se recomienda:

- “1) La devolución simple. Consiste en responder a la resistencia con otra resistencia, porque el hecho de reconocer su desacuerdo permite un análisis posterior. Esto evitará también caer en la trampa de la confrontación-negación.*
- 2) La devolución amplificada. Se trata de retornar al paciente lo que ha dicho pero de forma más amplificada o exagerada. Esto no debe hacerse en tono sarcástico o demasiado extremista ya que puede provocar una reacción hostil en el paciente. Esta estrategia le permite al paciente retroceder, facilitando poder realizar un análisis diferente de su ambivalencia.*
- 3) La devolución de los dos aspectos de la ambivalencia. Consiste en reconocerle lo que ha dicho a la vez que incorporando, con base en la información previa de la que disponemos del paciente, la otra parte de la ambivalencia.*
- 4) Cambio de tema. Cuando la sesión gira en torno a un tema muy difícil que facilita la resistencia, en ocasiones merece la pena desviar la atención del paciente, dándole la vuelta al problema en lugar de saltar por encima de él.*
- 5) Acuerdo con un giro. Ofrecer un acuerdo inicial pero con un leve giro o cambio de dirección.*
- 6) Reforzar la elección y control personales. Cuando la resistencia se fundamenta en la percepción de pérdida de libertad lo mejor es dejar claro que al final es el propio paciente quien decide sobre qué hacer en cada momento”.*
- 7) Reformulación. Si el paciente expresa argumentos para negar su problema, es particularmente útil reconocer la validez de las observaciones generales que hace, pero mostrándole un nuevo significado o interpretación, de manera que la información sea más útil y contribuya al cambio. Es precisamente la reformulación lo que podría mostrarle una interpretación más objetiva de la conducta” (Becoña & Cortés, 2010, p. 88-89).*

Para fomentar se pueden identificar algunas señales (Miller y Rollnick, 2002) en Becoña & Cortés (2010): Se evidencia menor resistencia (deja de discutir, negar o culpabilizar), empieza a tener claridad sobre su problema, muestra mayor automotivación, hace preguntas acerca del cambio, tiene una visión de su futuro, comienza a realizar otras actividades.

En este punto el profesional debe hacer recapitulaciones, es decir, resumir los avances para proponer estrategias y continuar con la revisión de los datos objetivos sobre la problemática, hacer referencia a la intención que ha manifestado de cambio, solicitarle una evaluación de la situación particular; estas acciones facilitan preguntarle ¿qué quiere hacer para cambiar su conducta adictiva? ¿Qué es lo que cree que tiene que cambiar? ¿Cómo le gustaría que fueran las cosas a partir de ahora? (Becoña & Cortés, 2010, p. 91). El tema central de estas preguntas es aclarar el paso a seguir e identificar sus pensamientos, promover el análisis y reforzar su motivación al cambio.

En este punto, con Becoña & Cortés (2010), el terapeuta debe esperar que el paciente solicite, de forma directa, un consejo, ante lo cual debe brindar sugerencias moderadas, intentar dar un consejo general para que el usuario juzgue cómo se adaptaría a la situación propuesta; igualmente, se le pueden dar varias alternativas, hacer un plan de tratamiento con objetivos, mostrar opciones de cambio y evaluar lo que pueda suceder al ponerlo en práctica, diseñar un plan (es posible escribirlo en una hoja con plan de acción / cuándo / persona y posibles formas de ayuda).

PLAN DE ACCIÓN	CUÁNDO LO VA A REALIZAR	PERSONA CON QUIEN LO VA A REALIZAR	POSIBLES FORMAS DE AYUDA

A continuación se establecen compromisos y pasos y se recomienda que lo socialice con las personas de apoyo.

Tratamiento

A continuación se presenta un cuadro que resume los niveles de atención que se deben tener en cuenta para el tratamiento:

<p>Nivel de atención: Es el marco institucional o programático dentro del cual se realizan las actividades de tratamiento puesto que existen establecimientos cuya actividad se realiza dentro de un solo nivel de atención y otros cuyo funcionamiento integra programas correspondientes a varios niveles integrados.</p>		
<p>Nivel I Ambulatorio</p>	<p>Tratamiento en encuadre no residencial Permanencia limitada (horas) Frecuencia (semanal o interdiaria) Ejemplo: Consulta ambulatoria</p>	<p>Pacientes con un grado de severidad manejable con los recursos disponibles o que han recibido tratamiento en un nivel más intensivo y han mejorado al punto de beneficiarse de este nivel de atención o que pudieran requerir mayor intensidad de atención, pero que en la actualidad no están listos para acometer un tratamiento de manera completa. Pacientes con “diagnóstico dual”, trastornos mentales de severidad leve o de severidad grave pero estables.</p>
<p>Nivel II Ambulatorio intensivo Hospitalización parcial</p>	<p>Tratamiento en encuadre no residencial. Permanencia de varias horas, una mañana, tarde o ambas. Frecuencia diaria. Ejemplo: Hospital Día</p>	<p>Pacientes cuyos problemas tienen un grado de severidad que les permite ser manejados en un programa ambulatorio, pero requieren de reforzamiento en cuanto a la intensidad de los cuidados, los cuales pueden ser brindados en un marco de frecuencia diario y durante periodos de permanencia de varias horas. En este nivel pueden incorporarse componentes que habitualmente se brindan en una modalidad residencial y que proporcionan mayor estructura</p>

<p>Nivel III Residencia Comunidad terapéutica</p>	<p>Tratamiento en internamiento. Permanencia de 24 horas. Énfasis de residencia y estructura. Incluye cuidados de tipo residencial, profesional médico, psiquiátrico, psicosocial, control de medicamentos, evaluación, tratamiento, rehabilitación, abordaje de la familia, entre otras intervenciones. Ejemplo: Comunidad terapéutica a mediano plazo</p>	<p>Necesitan tiempo y estructura para practicar e integrar su recuperación y herramientas de afrontamiento, que aún no reconocen que tienen un problema con las drogas. Presentan efectos de trastornos por uso de sustancias muy significativos, con un nivel de daño muy grande, en los que las estrategias de motivación y de prevención de recaídas en ambulatorio no son posibles o carecen de efectividad. Presentan trastornos cognitivos, temporales o permanentes, que dificultan sus relaciones interpersonales o sus habilidades emocionales para el afrontamiento. Presentan ciertos problemas médicos, psicológicos y sociales graves, que requieren de tratamiento integral, con múltiples aspectos y a largo plazo. Lugar de habitación poco protector o tóxico, relaciones interpersonales caóticas, con escaso soporte e incluso abusivas, extensas historias de tratamiento, problemas con la justicia, deficiente desempeño laboral y educacional, sistema de valores antisociales</p>
<p>Nivel IV Hospital</p>	<p>Tratamiento en internamiento Permanencia de 24 horas Énfasis en atención médica general y especializada Incluye cuidados de tipo residencial, profesional médico, psiquiátrico, psicosocial, control de medicamentos, evaluación, tratamiento, rehabilitación, abordaje de la familia, entre otras intervenciones, con el control de un equipo de profesionales de la salud acreditados Ejemplo: Residencia médica a corto-mediano plazo</p>	<p>Necesidades derivadas de trastornos por consumo de drogas con complicaciones moderadas y graves de salud mental y de tipo médico Trastornos médicos y mentales de tipo subagudo, que requieren de todos los recursos disponibles en un hospital general o especializado</p>

<p>Emergencia intervención en crisis</p>	<p>Servicios de atención inmediata, que deben estar disponibles para todos los niveles, para el abordaje terapéutico de complicaciones agudas del consumo de drogas, donde el factor fundamental es el riesgo inminente de la vida del sujeto y, por ello, la tecnología involucrada es esencialmente de tipo médico general o especializada. Ejemplo: Sala de Emergencia en Hospital General</p>	<p>Pacientes que presentan una descompensación de su condición biológica, psicológica o social, de una dimensión tan severa que requiere atención médica y de enfermería de inmediato Pacientes con cuadros de intoxicación o de abstinencia de grave intensidad, los cuales presentan alto riesgo de complicaciones y deben ser atendidas por un equipo de profesionales de salud (médicos y de enfermería) con entrenamiento adecuado, que brinda atención permanente (24 horas), con base en protocolos específicos de intervención, que requieren de todos los recursos hospitalarios y de atención médica intensiva</p>
---	---	--

Tomado de: (Guía práctica para la organización de un sistema integral de tratamiento de la dependencia de drogas, 2003, p. 48).

Criterios de ubicación de pacientes en servicios de atención (apa, 2002)

<p>Tratamiento ambulatorio</p>	<p>Que la condición clínica o situación ambiental no requiera de un nivel más intensivo de tratamiento La posibilidad de realizar una aproximación “integral”, que incluya intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas, con monitoreo conductual</p>
<p>Hospitalización parcial:</p>	<p>Cuando existan requerimientos que justifiquen la atención intensiva La existencia de un grado razonable de probabilidad de detener el consumo de sustancias por fuera de un encuadre restrictivo. En el caso de pacientes que egresan de un programa de hospitalización o residencial y que presentan un alto riesgo de recaídas. Se incluye aquí la falta de motivación suficiente para continuar en tratamiento Cuando existe comorbilidad psiquiátrica severa. Los antecedentes de recaídas posteriores al egreso de una modalidad de tratamiento residencial o de hospitalización Ambiente de alto riesgo con soporte psicosocial limitado En el caso de pacientes con pobre desempeño en una modalidad de tratamiento con encuadre más intensivo</p>

Tratamiento residencial	<p>Cuando el paciente no tiene suficientes criterios para hospitalización</p> <p>El paciente presenta un estilo de vida y de interacciones sociales predominantemente focalizadas hacia el consumo de sustancias</p> <p>Hay carencia de herramientas sociales y vocacionales</p> <p>Falta de fuentes de apoyo social libres de droga para mantener la abstinencia en un programa de tratamiento de encuadre ambulatorio</p> <p>Fracaso de tratamientos previos repetidamente</p>
Hospitalización	<p>En el caso de presentarse una sobredosis que no pueda ser tratada con seguridad en un programa ambulatorio o en un servicio de emergencia</p> <p>Cuando existe alto riesgo para presentar un síndrome de abstinencia severo o para sufrir una complicación médica severa</p> <p>En el caso de presentar una comorbilidad médica que represente riesgo para realizar una desintoxicación segura</p> <p>Cuando existen antecedentes de fracaso o abandono de tratamiento en encuadres menos intensivos</p> <p>En el caso de existir comorbilidad psiquiátrica que obstaculice o requiera en sí misma de hospitalización (psicosis aguda o riesgo suicida importante)</p> <p>Cuando el estado del paciente represente riesgo para sí mismo o para otras personas</p> <p>Falta de respuesta a modalidades de tratamiento menos intensivas y cuyo uso actual de sustancias constituye un riesgo para su salud física y mental</p>

Tomado de: (Guía práctica para la organización de un sistema integral de tratamiento de la dependencia de drogas, 2003, p. 48).

Intervención breve

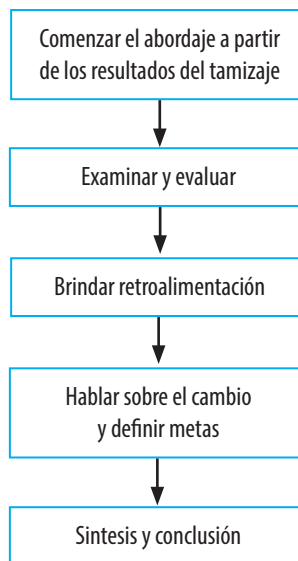
La intervención breve se constituye en un proceso sistemático, que se orienta a una evaluación rápida, rápida adherencia del paciente y a la implementación de estrategias de cambio. Es distinta del consejo simple, éste busca brindar al paciente herramientas para cambiar actitudes generales y manejar problemas diferentes. El objetivo es disminuir los riesgos de daños ocasionados por el alto consumo e informarle acerca de la necesidad de prevenir problemas médicos graves relacionados con las drogas (Babor & Higgins, 2001).

Las intervenciones breves son de tipo motivacional, permiten incrementar en el paciente su disposición al cambio y su compromiso para transformar su conducta. Los objetivos principales de estas intervenciones son: la abstinencia o moderación de su consumo de sustancias, reducción de problemas y riesgos asociados con su consumo, a través del uso de estrategias de auto-control (Barra, 2013).

“Las intervenciones breves en atención primaria pueden abarcar desde 5 minutos de asesoría breve hasta 15-30 minutos de consejería breve. Por lo general, las intervenciones breves no están dirigidas a tratar personas con dependencia seria a sustancias, pero son una herramienta valiosa para el tratamiento del uso de sustancias problemático o riesgoso. También pueden ser usadas para alentar a aquellos con dependencias más serias a aceptar un tratamiento más intensivo dentro de la atención primaria, o referido a una agencia especializada en tratamientos de alcohol y drogas. La meta de éstas, es ayudar al paciente a entender que su consumo de sustancias lo está poniendo en riesgo, y a alentarlo a reducir o a terminar con este uso. Deberían ser personalizadas y ofrecidas a manera de soporte, no juiciosa” (Babor & Higgins, 2001, p. 3).

La intervención breve incluye pasos para tratar situaciones de abuso de alcohol u otras drogas, incluidos: promoción de la motivación hacia el cambio, enfoque familiar adecuado para el tratamiento de problemas, criterios y orientaciones de derivación y pautas de seguimiento (Salvador y Poso, 2010).

Puede ser orientada a personas que usan ocasionalmente alcohol u otras drogas y medicamentos sin prescripción médica, el consumo se centra en tiempos y contextos de ocio, tienen criterios de dependencia pero aún no logran reconocer su situación y la necesidad de acudir a tratamiento especializado, quienes han hecho tratamientos previos con periodos de abstinencia y han recaído. Personas que no son candidatas para intervención breve: quienes tienen historia de abuso o dependencia con tratamiento sin haber conseguido la desintoxicación o la abstinencia, con patología dual que dificulte el manejo del cambio respecto al uso de drogas (Salvador y Poso, 2010).



Tomado de: (Ministerio de Protección Social, 2011, p. 57).

Componentes:

- Reconocer el problema ayuda en a comprender el problema porque define que no es un consumo normal, esto variará según las circunstancias personales de cada paciente, las características de cada droga, la frecuencia de uso y la cantidad consumida.
- Valorar la disposición para el cambio (Estadios del cambio de Prochaska y DiClemente).
- Negociar objetivos y promover estrategias de cambio.

Ejemplo de situaciones cotidianas que su paciente puede identificar como especialmente difíciles para poner en práctica el cambio (reducir o abstenerse de alcohol u otras drogas)

SITUACIÓN	CÓMO VOY A AFRONTARLA
Cuando salgo con amigos	
Ante situaciones de estrés o tensión	
Durante el fin de semana	
Al salir del trabajo	
Cuando todo sale mal	
Cuando quiero relajarme	
Viendo la tele	
Cuando me abruma los problemas	
Cuando quiero divertirme	
Cuando quiero olvidar	
Cuando necesito	

Tomado de: (Salvador y Poso, 2010, p. 30).

Intervención familiar breve

En la atención primaria la familia es muy importante para los temas relacionados con las drogas, es decir, se constituye en una prioridad la intervención familiar, la cual se puede dar de manera anticipada con el objeto de propiciar la comprensión del tema y evitar que tengan que enfrentarse en el futuro a posibles problemas con las drogas. En esta perspectiva se convierte en una estrategia preven-

tiva, útil en familias que estén expuestas a factores de riesgo como: desestructuración, deficiencias de gestión familiar, consumo de alcohol u otras drogas por parte de adultos significativos, violencia o abusos, entre otros (Salvador y Poso, 2010).

También es posible usarla cuando existe alguna evidencia de que un miembro de la familia está experimentando algún tipo de problema relacionado con las drogas y que se dé por demanda.

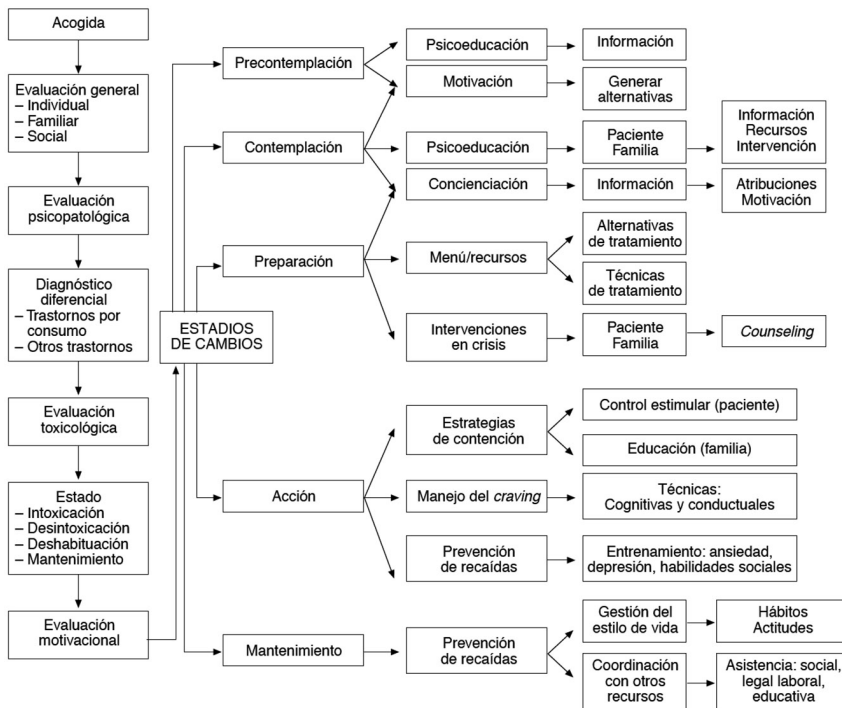
Tratamiento de adicciones

“La OMS (2001) define la psicoterapia como un conjunto de intervenciones planificadas y estructuradas, que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales; y matiza que la psicoterapia no comprende el uso de ningún medio bioquímico o biológico, para diferenciarla del quehacer médico (...) la organización Centros de Integración Juveniles (2003) define la psicoterapia como “un tratamiento para problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada establece deliberadamente una relación profesional con un paciente, con el objeto de eliminar, modificar o retardar síntomas existentes, cambiar patrones alterados de conducta y promover el crecimiento y desarrollo positivo de la personalidad” (Becoña & Cortés, 2010, p. 144).

Existen varios enfoques en psicoterapia, de acuerdo con diferentes teóricos. A continuación se esbozan de manera general:

Modernos	Post-Modernos
Psicodinámico <ul style="list-style-type: none"> - Psicoanálisis (Freud) - Otros enfoques del psicoanálisis (Jung, Adler, Lacan, Kernberg) 	Construccionista <ul style="list-style-type: none"> - Terapia sistémica- estructural (Minuchin) - Terapia estratégica (Watzlawick, Haley, Grupo de Palo Alto) - Terapia sistémica (Selvini, Grupo de Milán)
Cognitivo-Conductual <ul style="list-style-type: none"> - Conductismo (Watson, Skinner) - Terapia de conducta (Kazdin, Wolpe) - Terapia contextual (Hayes, Kohlemberg) - Terapia cognitiva (Beck) - Terapia racional – emotiva (Ellis) - Terapia conductual y biorretroalimentación 	Constructivista <ul style="list-style-type: none"> - Terapia cognitivo-procesal sistémica (Guidano) - Psicología de los constructos personales (Kelly) - Mindfulness (Linehan, Teasdale)
Humanista <ul style="list-style-type: none"> - Terapia centrada en el cliente (Rogers) - Logoterapia (Frankl) - Terapia gestáltica (Perls) - Transaccional (Berne) 	

Tomado de: (Becoña & Cortés, 2010, p. 145).



Tomado de: (Becoña & Cortés, 2010, p. 147).

Terapias cognitivo-conductuales

Las terapias cognitivo-conductuales recogen los principios de la teoría del comportamiento, aprendizaje social y terapia cognitiva. Promueve la búsqueda de estrategias para aumentar el control personal que el individuo tiene de sí mismo y, para ello, recurre a la contratación de creencias; se centra en las problemáticas actuales, la definición de metas realistas, adquirir resultados rápidos para los problemas más graves, uso de técnicas y fomentar la capacidad para enfrentar los problemas (Becoña & Cortés, 2010).

Entre las técnicas cognitivo conductuales aplicadas a los problemas asociados con el abuso de sustancia se incluyen: entrenamiento en habilidades de afrontamiento, prevención de recaídas, manejo del estrés, relajación, habilidades sociales, habilidades comunicativas, habilidades para la vida, ejercicio aeróbico, biofeedback, asertividad, manejo de la ira (Becoña y Cortés, 2008).

Entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento: El entrenamiento en habilidades de afrontamiento busca mejorar las estrategias cognitivas y conductuales del paciente y que le han de ayudar a cambiar su conducta adictiva.

Prevención de recaídas: Considera que las personas pueden volver a consumir drogas porque ante una situación de riesgo no disponen de las estrategias de afrontamiento apropiadas para conservar la abstinencia. Si la persona logra emitir una respuesta adecuada ante una situación de riesgo de consumo, se genera en él una sensación de control y de autoeficacia que incrementa la probabilidad de no consumo futuro (Becoña & Cortés, 2008).

La prevención de recaídas tiene como base el aprendizaje en la identificación de situaciones, pensamientos y emociones que pueden llevar al consumo y cómo afrontarlos de forma adecuada para evitar la recaída (Marlatt y Donovan, 2005; Marlatt y Gordon, 1985) según Becoña & Cortés (2010).

La terapia de exposición a señales: Nace de los principios del condicionamiento clásico, que asegura que estímulos neutrales que se dan antes de la conducta de consumo de drogas, pueden relacionarse reiteradamente con la conducta de consumo, y ocasionan respuestas condicionadas de consumo y, por ende, terminar en el consumo. Esta terapia utiliza procedimientos de exposición y control de los estímulos asociados con la conducta de consumo pero sin llegar al consumo; de la misma manera que señales neutras se convirtieron en condicionadas al consumo y se busca realizar lo contrario (Becoña & Cortés, 2010).

Programas de reforzamiento comunitario: Brinda a los pacientes contacto con refuerzos naturales que existen en el medio social para aumentar la posibilidad de que permanezca sin consumo (Becoña & Cortés, 2010).

Manejo de contingencias: Considera el consumo de drogas como una conducta operante que perdura por sus consecuencias y es posible la modificación. Para ello, se utilizan reforzadores o castigos de manera contingente a la presencia o ausencia de la conducta objetivo. Es posible entregar tarjetas que se pueden cambiar por bienes o por servicios cuando no hay consumo (terapia de incentivo) (Becoña & Cortés, 2008).

Terapias analíticas y psicodinámicas

Dentro de las terapias de base dinámica o analítica hay varias modalidades de tratamiento que Yllá (2005) clasifica en: “psicoanálisis clásico, psicoterapia dinámica o analítica (breve, focal o estándar) y psicoterapia analítica de grupo” (Becoña & Cortés, 2008, p. 87).

“La psicoterapia psicodinámica de adictos, ha llevado a la conclusión de que, más que un fenómeno de gratificación regresiva, la adicción representa, para la mayoría de los pacientes, una maniobra adaptativa y de defensa ante fuertes pulsiones primitivas, en las que predomina la rabia, la vergüenza y la depresión (Wurmser, 1974, Khantzian, 1986, En González & Montetrey, 1994, p. 5).

Elementos psicodinámicos del proceso adictivo (González & Monterrey, 1994):

- **El ansia** se caracteriza por deseo exacerbado de consumo, reacción anormalmente a la frustración y rigidez e incapacidad para modificar el deseo.
- **Compulsividad:** sensación de obligatoriedad de consumo.
- **Externalización:** la acción de tomar mágicamente control sobre lo incontrolable, actos físicos para escapar de sentimientos desagradables.
- **Círculo vicioso:** cada vez mayor consumo, con mayor deterioro y sufrimiento.

La entrevista psicodinámica: el terapeuta y el paciente trabajan juntos, pero éste último adquiere un rol activo en la tarea de autoexploración. El psicoterapeuta psicodinámico no sólo toma en cuenta lo que se dice, sino la forma, el cómo y dónde se reflejan las formas de apego primarias almacenadas en la memoria procedimental. Durante la entrevista se van desarrollando los procesos de transferencia y contratransferencia, que dan información de gran interés para la evaluación de la personalidad del paciente (Becoña & Cortés, 2010).

La intervención: de acuerdo con (González & Monterrey, 1994) se plantean interpretaciones de contenido y transferenciales, estas últimas están muy relacionadas con la frecuencia de las sesiones. En los casos en que la interpretación transferencial se vuelve muy persecutoria, realiza interpretaciones extra transferenciales.

Intervenciones no interpretativas: la observación, intervención breve, que no busca explicar sus nexos. La confrontación lleva la atención hacia algo que el paciente rechaza, puede ser agresiva y puede incluir temas de encuadre. La clarificación brinda luces para temas que aparecen vagos, difusos o desconectados.

En la parte de apoyo del *continuum*, el estímulo a la elaboración y la validación empática, se pueden usar para recabar información y mejorar la alianza terapéutica.

La validación empática cobra gran importancia en personas que sufrieron abusos reales traumáticos, durante los cuales sus sentimientos no fueron tenidos en cuenta.

Terapia familiar

La familia es esencial en el tratamiento de las adicciones ya que esta problemática conlleva un deterioro en las relaciones del sistema familiar. Esta es una de las áreas más afectadas en el proceso adictivo. La familia ha sufrido directamente el desapego, el deterioro físico, los problemas afectivos, laborales, económicos, estudiantiles, etc., de ese miembro de la familia o pareja y es necesario trabajar con ella para que el usuario cuente con ambiente familiar funcional que le facilite su recuperación.

Cuando la persona comienza el tratamiento, es necesario intervenir a la pareja, o a la familia que resulta afectada, con el fin de mejorar las relaciones que se han deteriorado por causa de la adicción a las drogas o al juego para que se fortalezcan sus vínculos afectivos y sirvan de apoyo en el tratamiento y factor protector que evite la recaída.

En las familias que tienen uno de sus miembros adicto, puede observarse que esto afecta todo el sistema familiar y él recibe influencias de la familia que han posibilitado la presencia de la dependencia.

Según Mónica Villa (1987) es frecuente observar que las familias afectadas por la adicción en uno de sus integrantes presentan, en el momento de solicitar ayuda, las siguientes características en cuanto a la dinámica familiar:

- Las familias culpan a los amigos del adicto, lo señalan como el “hijo problema”, bajo rendimiento escolar, inconstancia en los

trabajos, problemas con la ley, etc. Enfatizan en las conductas negativas del adicto y no en las positivas.

- Con respecto a la comunicación, las familias, por lo general, se enteran del problema del adicto tiempo después de haberse iniciado. Se les nota dificultad para expresar sus sentimientos y sólo reconocen como problema el de la adicción.
- Se observan normas contradictorias, unas rígidas y otras flexibles en el manejo del problema, descargan toda la responsabilidad de los conflictos en el adicto.
- Los efectos o repercusiones que se producen en la familia del adicto suelen ser tan profundos que se hace necesaria su participación en el tratamiento.

Entrevista familiar

Es necesario, desde la entrevista inicial, identificar los comportamientos y las actitudes de los miembros de la familia, al igual que las relaciones e interacciones que existen. En especial, las actitudes que tienen ante las adicciones y ante el familiar adicto, así como las reacciones familiares que se están dando desde que el problema ha sido identificado y con anterioridad a ello, impacto familiar y potencialidades para apoyar al familiar (Santos, Pulido, Donaire & Santos, 2011).

En la entrevista familiar es preciso indagar tanto al adicto como a sus familiares en aspectos relacionados con la situación familiar obre la adicción y pueden hacerse algunas preguntas como:

- *¿Cómo le afecta el problema de drogodependencias-adicción a la familia?*
- *¿Qué conoce, qué información tiene acerca de las adicciones?*
- *¿Cuál es, desde su punto de vista, la droga principal con la que su familiar tiene problemas?*
- *¿Cuándo y cómo comenzó usted a darse cuenta de que su familiar tenía problemas con las drogas?*
- *¿Qué han hecho hasta ahora para ayudar en este problema? ¿Ha funcionado?*
- *¿Se han producido cambios en sus actividades cotidianas por la dedicación a este problema?*
- *¿Cree que es necesario el apoyo familiar en el tratamiento?*

Preguntas dirigidas al usuario o paciente:

- *¿Cree necesario el apoyo de sus familiares?*
- *¿A quién considera más adecuado para apoyarle?*
- *¿Qué familiar cree más afectado por su problema?*
- *¿Hasta dónde quiere que participe o qué información se le puede transmitir?*

(Santos, Pulido, Donaire & Santos, 2011, p. 12).

Instrumentos de evaluación familiar

Apgar familiar: Recoge aspectos generales del funcionamiento de la familia.

APGAR FAMILIAR					
Nº	Preguntas		Casi nunca	A veces	Casi siempre
	¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?		0	1	2
	¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?		0	1	2
	¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?		0	1	2
	¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?		0	1	2
	¿Siente que su familia le quiere?		0	1	2

INTERPRETACIÓN					
	Adaptabilidad	Cooperación o participación	Desarrollo	Afectividad	Capacidad resolutive
Preguntas	1	3	2	4 y 5	4
Tipo de familia	Normofuncional		Levemente funcional		Disfuncional
Puntos	8-10		4-7		0-3

Tomado de: (Santos, Pulido, Donaire & Santos, 2011, p. 61).

Cuestionario de funcionamiento familiar (FF-SIL). Este instrumento denominado FF-SIL, es un test de funcionamiento familiar que mide el grado de funcionalidad y se basa en 7 variables: co-

hesión, armonía, comunicación, afectividad, roles, adaptabilidad y permeabilidad y permite identificar el factor relacionado como causante del problema familiar e intervenir efectivamente.

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SIL)

A continuación les presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Necesitamos que usted clasifique y puntúe su respuesta según la frecuencia en la que ocurre la situación.

Casi nunca (1)	Pocas veces (2)	A veces (3)	Muchas veces (4)	Casi siempre (5)
1.	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia			
2.	En mi casa predomina la armonía			
3.	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades			
4.	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana			
5.	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa			
6.	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos			
7.	Tomamos en consideración las experiencias de otros familiares ante situaciones diferentes			
8.	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan			
9.	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado			
10.	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones			
11.	Podemos conversar diversos temas sin temor			
12.	Ante una situación familiar difícil podemos buscar ayuda en otras personas			
13.	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar			
14.	Nos demostramos el cariño que nos tenemos			
PUN- TUACIÓN TOTAL				

Baremos

De 70 a 57 puntos	Familias funcionales
De 56 a 43 puntos	Familia moderadamente funcional

De 42 a 28 puntos	Familia disfuncional
De 27 a 14 puntos	Familia severamente disfuncional

Número de pregunta y las situaciones variables que mide

- 1 y 8..... Cohesión
- 2 y 13..... Armonía
- 5 y 11..... Comunicación
- 7 y 12..... Permeabilidad
- 4 y 14..... Afectividad
- 3 y 9..... Roles
- 6 y 10..... Adaptabilidad

- Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.
- Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.
- Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.
- Permeabilidad: capacidad de la familia para brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.
- Afectividad: capacidad de los miembros de la familia para vivir y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.
- Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.
- Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

Tomado de: (Santos, Pulido, Donaire & Santos, 2011, p. 62- 63).

Cuestionario de codependencia (CDC) Roehling y Gaumond

CUESTIONARIO DE CODEPENDENCIA (CDC)

(Adaptado al castellano de Silvent y Martínez (2000))

Instrucciones: A continuación se te presenta una serie de afirmaciones sobre actitudes y comportamientos referidos a las relaciones de pareja actuales o pasadas.

Recuerda por favor las siguientes indicaciones:

- Contesta con la mayor sinceridad posible
- No repases las respuestas
- No dejes ninguna pregunta sin contestar
- Marca tu respuesta rodeando con un círculo la opción que más se ajuste a ti de las siguientes opciones:
 - a. Nunca me siento de este modo
 - b. Raramente me siento de este modo
 - c. A veces me siento de este modo
 - d. A menudo me siento de este modo
 - e. Siempre me siento de este modo

(Sólo puede responder con una opción en cada pregunta).

a. Nunca b. Raramente c. A veces d. A menudo e. Siempre

1.	A menudo, crecen en mí sentimientos que no puedo expresar	a b c d e
2.	Cuando soy incapaz de ayudar a alguien me siento incómodo (a)	a b c d e
3.	Tiendo a localizar las necesidades de los otros en cabeza de mis prioridades	a b c d e
4.	Me enfado cuando las cosas no salen a mi manera	a b c d e
5.	Pienso que los demás se aprovechan de mí	a b c d e
6.	No soy consciente de lo que quiero para los demás	a b c d e
7.	Siento que sin mi esfuerzo y atención todo se puede venir abajo	a b c d e
8.	Siento como si fuera fallo mío cuando la gente se enfada o se entristece	a b c d e
9.	Es fácil para mí decir "no" a los demás	a b c d e
10.	Me hace sentirme molesto el compartir mis sentimientos con los demás	a b c d e
11.	Trato de agradar a la gente	a b c d e
12.	Cuando no estoy implicado en una relación me siento infra-valorado	a b c d e
13.	Me siento muy satisfecho de ayudar a los demás	a b c d e
14.	No le gustará a la gente si le hablo de mis problemas	a b c d e
15.	Incluso con buenos amigos temo que un día me rechacen	a b c d e
16.	A menudo me siento deprimido, aunque las cosas vayan bien	a b c d e
17.	Tiendo a gustar realmente a las personas o a disgustarles	a b c d e
18.	Habitualmente no me importa lo que los otros piensen de mí	a b c d e

19.	Me siento a gusto dejando a otros entrar en mi vida y revelarles mi propio yo	a b c d e
20.	Me parece estar implicado en los problemas de los demás	a b c d e
21.	Me preocupa mucho lo que los otros piensen de mí	a b c d e
22.	Me preocupa que los amigos traten de cerrarse	a b c d e
23.	Muchos de mis amigos tienen muchos problemas	a b c d e
24.	Estoy muy sensibilizado con los sentimientos de aquellos que son importantes para mí	a b c d e
25.	Soy altamente crítico/a con las cosas que hago y digo	a b c d e
26.	Si trabajo duro conseguiré resolver la mayoría de los problemas y conseguir cosas mejores para la gente	a b c d e
27.	Mi estado de ánimo es bastante estable y no me siento demasiado afectado por los problemas o estados de ánimo de los demás	a b c d e
28.	Tiendo a evitar las relaciones íntimas	a b c d e
29.	Para que las cosas se hagan correctamente, debería hacerlas yo mismo	a b c d e
30.	Soy muy abierto a los demás con respecto a mis sentimientos, no me importa lo que ellos sean	a b c d e
31.		a b c d e
32.	Cuando me implico demasiado con alguien empiezo a adoptar sus valores y sus gustos	a b c d e
33.	A menudo capto los argumentos de los demás a la mitad	a b c d e
34.	De niño, parece que todo lo que hubiera hecho no fuera suficiente	a b c d e
35.	Algunas veces no sé cómo me siento realmente	a b c d e
36.	Muchos de mis amigos dependen de mi guía y consejo	

Corrección del cuestionario CDQ

Intimidad	1, 10 12, 17, 21, 22, 24, 30, 32
Control	2, 4, 7, 16, 18, 25, 26, 27, 29, 34, 35
Responsabilidad	3, 5, 8, 1, 14, 15, 19, 28
Enganche	9, 13, 20, 23, 31, 33, 36

Tomado de: (Santos, Pulido, Donaire & Santos, 2011, p. 65-66).

Intervención

Las intervenciones sobre la familia (González, A. & Aymamí, M.N., 1999), suelen tomar como referente la teoría general de sistemas, las cuales enfatizan en la importancia de la interpretación de los síntomas individuales como de disfunción del sistema familiar. Desde este punto de vista, la familia ha sido tenida en cuenta principalmente como objeto de tratamiento y, en muchas ocasiones, se subestima el aporte que pueden dar en la recuperación del adicto. La familia, en medio de sus disfunciones, cuenta con recursos internos y potencialidades que puede usar para cooperar en el proceso de tratamiento y convertirse en “coterapeuta”.

A la familia se le ha encomendado la tarea de la socialización del niño en su primera infancia, por lo que debe reconocérsele una experiencia en este campo que puede servir para que sea ella misma la que modifique o corrija problemas que provengan del proceso de socialización que ha tenido el adicto (González, A. & Aymamí, M.N., 1999).

La iniciación de un tratamiento constituye la esperanza de un nuevo contexto de significación a través de la alianza entre el programa y la familia que posibilitarán un mejor pronóstico de recuperación. El tratamiento se desarrolla mediante una intervención integral desde diferentes disciplinas como la medicina, la psicología, la pedagogía, el trabajo social y está apoyado en la red familiar-social que pueda constituirse y que va a acompañar la recuperación para que se cumpla un rol fundamental (Becoña & Cortés, 2010).

Los diferentes profesionales se desempeñan como terapeutas, lo que significa que son personas que emplean estrategias y herramientas para modificar la situación problemática, en este caso, recuperar al usuario de su adicción y mejorar su contexto familiar, social, laboral y educativo.

La familia, como coterapeuta, debe conseguir un incremento en el intercambio de refuerzos entre los miembros de la pareja o de la

familia y solucionar los problemas que vayan surgiendo, para lo que se entrenan en técnicas de solución de problemas y reciben herramientas para el manejo de aquellos otros aspectos que inciden en las relaciones familiares (por ejemplo, ejercicio de la autoridad, comunicación asertiva, problemas sexuales de uno de los miembros, etc.). De este modo, cuando la familia actúa con compromiso en el mejoramiento de sus relaciones, construye un ambiente que contribuye directamente en beneficio del tratamiento (Santos, Pulido, Donaire & Santos, 2011).

Estrategias de contención que puede implementar la familia como coterapeuta

Cuando se inicia el tratamiento, el usuario debe reconocer la importancia de que la familia participe de su recuperación y que comprenda la necesidad de que ejerzan algunos controles especiales, que no serían necesarios si no existiera el problema. Ejercer “controles” o establecer “límites” quiere decir ayudar a la contención, esto implica aplicar la disciplina correctamente, reforzar conductas positivas y cambiar las negativas, comunicarse de forma eficaz, aprender a negociar con los demás miembros de la familia, enfrentar las crisis y, especialmente, tener unas pautas o normas de convivencia que sirvan para fortalecer la unión familiar y para apoyar el tratamiento (Santos, Pulido, Donaire & Santos, 2011). Algunas estrategias y técnicas que la misma familia puede aplicar para ayudar, son:

Asambleas familiares. Es un momento de encuentro familiar, en el que sus miembros deciden dialogar sobre un tema, cada uno expone sus puntos de vista y sus sentimientos con respeto por el otro y la comunicación asertiva; después de escucharse establecen acuerdos y compromisos sobre el asunto (Becoña & Cortes, 2011).

El manual de convivencia familiar. Consiste en definir por escrito unas pautas o directrices con las que funcionará la familia, esto se hace de manera participativa y democrática en una reunión fami-

liar. En la primera parte se definen los principios y valores que sustentarán la familia para lograr una sana convivencia; en la segunda parte se identifican los derechos y deberes que tiene cada miembro de la familia desde su rol como padre, como hijo, como hermano, etc. Igualmente, se determinan las sanciones que se aplicarán en caso de incumplimiento de los deberes o de irrespeto a los derechos del otro. Para lograrlo será necesaria la negociación porque todos deben considerar justos los acuerdos y cada uno los avalará a través de la escritura de su compromiso frente a ellos. Cuando uno de los miembros de la familia está en un tratamiento de adicciones, este manual debe incluir acuerdos relacionados con: salidas, manejo del dinero, cumplimiento de responsabilidades, factores de riesgo, manejo del tiempo libre (Becoña, 1999).

La observación. La familia debe observar cuidadosamente las situaciones que ocasionen riesgos, además de las señales que pueden crear dudas de que la persona se aproxima a recaer o que ha recaído. Cuando éstas son detectadas deben ser comunicadas al equipo de profesionales y actuar de manera asertiva, sin hacer juicios apresurados y mantener el diálogo con confrontaciones respetuosas.

Algunas señales de recaída están relacionadas con la re-aparición de los comportamientos que lo caracterizaban cuando consumía la droga o el licor o cuando jugaba, como por ejemplo:

- *Los problemas laborales o escolares y de rendimiento académico.*
- *La relación con amigos adictos y el rechazo a los amigos sanos.*
- *Comportamientos misteriosos, ocultan cosas, llamadas extrañas, etc.*
- *Abandonan los hábitos saludables, como el deporte, las prácticas artísticas, etc.*
- *Cambios en el estado de ánimo. Ansioso, inquieto, irritable, depresivo, etc.*
- *Distanciamiento de la familia o actitud agresiva .*
- *Empiezan a aparecer nuevamente los signos físicos de consumo.*
- *Evade la participación en el tratamiento o dice que no lo necesita.*
- *Se justifica con autoengaños.*
- *Se ausenta por periodos largos, sin dar explicaciones de lo que hace en este tiempo y se justifica con mentiras. (Becoña, 1999, p. 127).*

El refuerzo positivo. Se trata de que se resalte cada logro que tenga la persona que está en el tratamiento, es un reconocimiento por lo que la persona e con el uso de las 7R:

- *Reconocer las cualidades personales. Se debe hacer de manera sincera, en público o en privado.*
- *Resaltar la buena intención. Sin necesidad de aprobar la conducta, se acepta que no hubo mala intención en lo que hizo, sino que, por el contrario, se resalta el intento que hubo por lograr algo.*
- *Re etiquetar la realidad: cambiar la etiqueta nociva que le ponemos al problema o situación determinada y que sólo es generadora de desmotivación y baja autoestima en las personas que señalamos o rotulamos. No se deben usar calificativos negativos para juzgar la persona, se puede criticar el hecho pero no al Ser.*
- *Reforzar la iniciativa personal. Cuando la persona decide hablar de asuntos difíciles podemos reforzarlo con frases como “entiendo”, “comprendo cómo te sientes”, sonreírle, asentir con la cabeza, etc.*
- *Replantear el obstáculo como una oportunidad. Se trata de ver la crisis como una oportunidad para acercarse, cambiar, aprender, mejorar, decidir, etc.*
- *Resumir las ganancias. Si todo va bien se reconocen los logros obtenidos, si aparece una conducta negativa se hace recuento de lo que se ha ganado en los esfuerzos por cambiar para recordarle que tiene capacidades para intentarlo nuevamente y lograr una recuperación definitiva.*
- *Recordar la historia. Según Milton Erickson toda persona tiene los recursos que necesita en su propia historia. Es necesario traer a la conciencia los éxitos pasados, los momentos agradables, las metas alcanzadas, las épocas de juicio y sobriedad, todo esto para que recuerde sus capacidades para salir de problemas o para vivir diferente. (Santos, Pulido, Donaire & Santos, 2011, 22).*

El reclamo responsable o confrontación. Es expresarle a la persona la forma como la estamos percibiendo por sus actos. Es hacerle una confrontación por un hecho que nos molesta o cuando creemos que ha errado, cumpliendo con tres condiciones: hacerlo de manera descriptiva (relatar la conducta que nos parece negativa), concreta (sin generalizar) y oportuna (en el momento apropiado).

La comunicación asertiva. Es la capacidad de expresar la ideas y afirmar mis derechos sin dejarme manipular y sin ofender al otro. Para ser asertivos es necesario expresar los sentimientos, pensa-

mientos o deseos de forma clara, sincera, sin temores o complejos; hablar en el lugar y el momento adecuado; sin lastimar o agredir a los demás; hacer respetar los derechos sin desconocer los ajenos. En la comunicación interviene la capacidad de administrar o manejar las emociones, la capacidad para identificar las emociones de los demás y los valores de cada persona. Todo lo anterior hay que fortalecerlo en la familia con entrenamientos y diálogos frecuentes (Becoña & Cortés, 2011).

Tratamiento juego patológico o ludopatía

Tratamiento psicodinámico

En la investigación acerca de la ludopatía, los teóricos que más aportes han brindado desde esta teoría son Freud y Bergler. Los elementos considerados por Freud se encuentran en el ensayo “Dostoievski y Parricidio”, publicado en 1928. Para este autor, la ludopatía (aunque en esta época no se llamaba así) es un tipo de adicción que tiene una estrecha relación con el Complejo de Edipo. “La dinámica del juego patológico equivale a la dinámica que se presenta durante la pubertad, cuando el joven desea a su madre como escape de la masturbación. El jugador utiliza el juego como un sustituto de la masturbación y, a la vez, como una forma de autocastigo, el cual se vuelve secundariamente una fuente de placer” (Blanco et. al. 2000 p. 8).

Años después, otros teóricos han propuesto que el comienzo del juego patológico se ubica en las etapas preedípicas. Consideran que mecanismos de defensa como la omnipotencia y la negación pueden explicar lo irracional con la que el jugador cree en su capacidad de ganar frente a toda lógica racional. Rosenthal (1986), citado por Blanco et al. (2000 p. 10), señala también, que el narcisismo es un rasgo característico de la personalidad de los jugadores patológicos.

Al identificar los factores etiológicos y rasgos que definen al ludópata, el tratamiento psicodinámico está dirigido hacia la resolución

de los conflictos internos relacionados con este asunto, a través del uso del dispositivo analítico que se centra en la palabra y en la responsabilización del sujeto.

Terapia cognitivo-conductual

La Terapia cognitivo-conductual se centra en que los pacientes tengan control sobre el juego para buscar la reducción o cese del comportamiento hacia éste. Se pretende que el ludópata se enfrente a su realidad y que consideren los factores que están implicados y su comportamiento patológico frente al juego, para promover de manera directa la extinción del comportamiento y que comprenda los orígenes e incidencia de dicha adicción. El paciente, a través de su experiencia, corrobora que las emociones, los pensamientos y conductas son automáticos e irracionales. El terapeuta y el paciente trabajan juntos, en un proceso activo y educativo, evalúan y desarrollan soluciones a los problemas.

Dentro de las técnicas más usadas se encuentra la desensibilización sistemática (McConaghy y cols., 1983) y la relajación (McConaghy y cols., 1988), citados en el Congreso Virtual de Psiquiatría, (Blanco et. Al. 2000 p. 7), las cuales han mostrado ser herramientas de gran eficacia y superan las técnicas anteriores, propias de la modificación de la conducta. Además de lo mencionado se aplican técnicas de control de estímulos y exposición, de manera individual y grupal, así como el conjunto de técnicas cognitivo-conductuales en grupo.

Técnicas de la terapia cognitivo-conductual:

Exposición en vivo. Se destaca el tratamiento propuesto por Fernández-Montalvo & Echeburúa (1997), que tiene como base la técnicas de exposición en vivo con prevención de respuesta y el control de estímulos. Por medio de la exposición en vivo se logra que el individuo experimente ganas de jugar, pero que aprenda a resistir y controlar esos deseos de manera gradual.

El formato del programa tiene cinco sesiones, de una hora semanal, es de carácter individual para permitir el control de estímulos y la acomodación de las intervenciones para cada caso. Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997).

***Primera sesión:** Plantear la hipótesis del problema desde la perspectiva del análisis funcional de la conducta, determinar los aspectos financieros, evitar las situaciones de juego y autodenunciarse.*

***Segunda sesión:** Revisar las tareas planificadas en la primera sesión y tratar las dificultades planteadas, explicar la teoría subyacente al procedimiento de la exposición gradual en vivo con prevención de respuesta y elaborar un procedimiento individualizado de exposición, según el análisis funcional de la conducta, y establecer el plan de actuación.*

***Tercera sesión:** Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas, reforzar al paciente y al coterapeuta por los progresos y enseñar al paciente el concepto de conductas (y relaciones sociales) alternativas reforzantes y hacer un listado de ellas.*

***Cuarta sesión :** Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas y reforzar al paciente y al coterapeuta por los progresos.*

***Quinta sesión :** Revisar las tareas planificadas en la sesión anterior y tratar las dificultades planteadas”.*

Control de impulsos. Para implementar el tratamiento es necesario evaluar al paciente, para determinar su adhesión a este tipo de intervención y, de esta forma, se den resultados sólidos en el tiempo. Entre estos aspectos están: las funciones de la conducta de jugar en cada individuo, es fundamental conocer los aspectos negativos de la conducta de juego en el estilo de vida de una persona y los aspectos positivos e identificar el papel del juego en forma positiva y encontrar formas diferentes para alcanzar los mismos objetivos, para llegar a la disminución o cese de la conducta problemática del juego; las habilidades de afrontamiento adaptativas y desadaptativas que tiene el paciente y la capacidad de la persona para darse cuenta de sus niveles de activación, el tiempo que tarda para alcanzar placer en el juego, la habilidad para cuestionarse sus comportamientos y pensamientos y, finalmente, cómo resuelve sus problemas; la presencia y naturaleza de los impulsos a jugar; los pensamientos irracionales que mantiene el jugador en relación con

la probabilidad de ganar; la presencia de otros problemas: evaluar cada caso e intervenir según la problemática o trastorno presentado y el nivel de motivación (Caballo, 1997 p. 444-445).

Etapas del tratamiento

La propuesta de tratamiento considerada desde la terapia cognitivo-conductual inicia en la estabilización del usuario y finaliza con la prevención de recaídas, pasando por la exposición en la imaginación y en vivo, lo que permite el fortalecimiento del proceso.

Estabilización. Se comienza con la estabilización de la conducta de juego. Para tal fin es necesaria la participación de un familiar o persona cercana que lo acompañe y se haga cargo de sus finanzas, si esto no es posible buscar otras estrategias para no tener el dinero a su disposición siempre, por ejemplo: el salario podría ir directamente a una cuenta bancaria y las facturas pagarse automáticamente, para evitar el impulso de jugar (Caballo, 1997).

Construcción de conductas alternativas. Desde el comienzo del tratamiento es necesario construir un repertorio de conductas alternativas que le permitan al paciente ocupar su tiempo libre. Si esto no se hace, el ludópata puede recurrir de nuevo, posterior a periodos largos de abstinencia, por aburrimiento o por falta de interacción social, principalmente si éstas eran algunas de las funciones que le servían a la conducta de juego del paciente. Las conductas alternativas tienen el objetivo de ser una estrategia activa de afrontamiento para tener el control sobre el impulso a jugar (Caballo, 1997).

Darse cuenta. Es fundamental que los pacientes identifiquen los pensamientos y sensaciones corporales, para ello se puede recurrir a un registro de pensamientos automáticos e impulsos, se lleva a cabo el registro de los impulsos, su duración e intensidad. La actividad que hacía cuando se dio el impulso, la primera señal de él, si el jugador había jugado y el nivel de control que tenía sobre la conducta de juego. Estos elementos dan la posibilidad de establecer patrones sobre el juego (Caballo, 1997).

Solución de problemas. Generalmente, los ludópatas presentan dificultades para solucionar sus problemas de forma eficaz y denotan su incapacidad para identificar las consecuencias de sus comportamientos, lo que hacen es responder a la gratificación inmediata y no piensan en lo que vendrá después. Dentro del tratamiento uno de los elementos para tener en cuenta es el de enseñar a los jugadores habilidades para la solución de problemas (D’Zurilla, 1993 p. 214).

La exposición

- **La exposición en la imaginación.** McConaghy et al. (1983, 1991), citados por Caballo, (1997 p. 452), con el uso de la técnica de exposición por medio de la imaginación se ha encontrado que es de gran utilidad para el tratamiento de los jugadores problema. En los estudios realizados se ha identificado el papel de la activación autónoma en el juego problema y han hallado que el juego se relaciona en forma directa con dicha activación. En consecuencia, cuando se expone a un paciente, en la imaginación, a una escena que está asociada con la activación, se habituará a dicha activación con la práctica continua. El pronóstico es más favorable en la medida en que el nivel de ansiedad disminuía cuando terminaba el tratamiento. En la aplicación de la exposición en la imaginación, se le da un ejemplo al paciente de una situación semejante con su comportamiento de jugar, incluidos elementos relacionados con el ambiente del lugar donde se lleva a cabo la conducta, los cambios internos físicos asociados con la situación y los pensamientos, el objetivo es que la practique durante la sesión y luego en la casa.
- **La exposición en vivo.** Sharpe y Tarrier (1992), citados por Caballo (1997 p. 453), consideran que la exposición en vivo suministra la oportunidad al paciente de habituarse a la situación sin recurrir al juego, la práctica de técnicas de afrontamiento aprendidas, el aumento del control y autoeficacia en las situaciones difíciles. Se elabora una lista jerárquica de situaciones relacionadas con el juego para realizar el paciente, se ponen como tareas

para casa cuando ha logrado realizarlas bien durante las sesiones en un 75% y es capaz de entrar en la situación propuesta y no jugar. Se recomienda que no manejen grandes cantidades de dinero en los primeros ensayos. Cuando ha adquirido el control en forma progresiva se empieza a devolver a los pacientes cierto control sobre su propia economía. Esto es gran utilidad porque tiene el fin de brindar una exposición de 24 horas y una experiencia normal que reduzca las posibles recaídas.

Las estrategias cognitivas. Dentro del tratamiento es oportuno identificar las ideas irracionales sobre la probabilidad de ganar, por ello se hace necesario indagar acerca de estos pensamientos para modificarlos por otros que disminuyan la posibilidad de los pacientes de continuar jugando (Gaboirey y Ladouceur, 1989; Walker, 1992), citados por Caballo (1997 p. 453).

El entrenamiento en habilidades sociales. Los ludópatas afirman que las relaciones sociales son una de las causas más comunes que los impulsa a jugar. Muchos son pocos hábiles socialmente y, por consiguiente, puede ser difícil para ellos encontrar modos diferentes para interactuar con los demás. Otros tienen el caso de que sus amigos estén también involucrados en el juego social e inviten al jugador de nuevo a jugar, sin darse cuenta de que tiene un problema. Cuando esto se convierte en un problema es útil y necesario emplear el entrenamiento en habilidades sociales para propiciar otras habilidades de afrontamiento y hacer más fácil la disponibilidad de actividades alternativas.

La prevención de las recaídas. Cuando el tratamiento ha finalizado, la gran mayoría de los pacientes ha logrado una abstinencia prolongada del juego. Sin embargo, es preciso mantener la abstinencia y evitar las recaídas. Marlatt y Gordon (1985), citados por Caballo (1997 p. 457), a partir del enfoque de prevención en recaídas con alcohólicos, proponen para los jugadores un modelo semejante, se busca que los jugadores comprendan que una caída no es igual a una recaída. Este pensamiento disminuye el deseo de jugar.

Referencias

- Anicana, J. (Noviembre de 2003). Ciudad Inclusiva. (N. Unidas, Ed.) Santiago de Chile, Chile. Recuperado el 6 de septiembre de 2014, de http://venumperu.com/friesgo_cap4_94_129.pdf
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, (2002). Ley de Prevención de la Ludopatía. Costa Rica. Obtenida el 12 de octubre de 2006, de Azajer, (2004). Modelo de Azajer Intervención Sistémica en Terapia de Familia. España. <http://www.azajer/?=.com>
- Babor, Thomas, Higgins Biddle, John (2001). Intervención Breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Barra, A. (2013). espolea.org. Recuperado el 6 de septiembre de 2014, de [espolea.org: http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/ddt-intervencionesoportunas.pdf](http://www.espolea.org/uploads/8/7/2/7/8727772/ddt-intervencionesoportunas.pdf)
- Becoña, E. Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. 1999.
- Becoña Iglesias Elizardo, Cortés Tomas, Maite (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Barcelona, España: Socidrogalcohol. Recuperado el 10 de septiembre de 2014, de [file:///C:/Users/marly/Downloads/3.%20GuiaClinicaIntPsicologica%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/marly/Downloads/3.%20GuiaClinicaIntPsicologica%20(6).pdf)
- Becoña Iglesias Elizardo, Cortés Tomas, Maite (2010). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Barcelona, España: Socidrogalcohol. Recuperado el 6 de septiembre de 2014, de www.socidrogalcohol.org.
- Brieva, Jhon. (2005). Superar la Ludopatía. Madrid España. Ed. Espasa Calpe, S.A.
- Caballo, Vicente. (1993). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Siglo XXI de España. S.A.
- Caballo, Vicente. (1997). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol 1. Siglo XXI de España. S.A 1997.
- Carrasco, TJ Luna, M Vila, J Validez del Fagerstrom Tolerance Questionnaire como medida de dependencia física de la nicotina: una revisión. Rev Esp Drogodependencias 1994; 19(1):3-14.

- Casado Vicente Verónica, A. P. (24 de abril de 2004). Adicciones. Recuperado el 6 de septiembre de 2014, de <http://www.adicciones.es/files/08.%20Casado.pdf>
- Córdoba, R Martín, C Casas, R Barbera, C Botaya, M Hernández, A Jane, C. Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria. *Aten Primaria* 2000 Ene; 25(1):32-6.
- Cherry, DJ , y Rost K. (2009). El consumo de alcohol, enfermedades concomitantes, y la receptividad al tratamiento en los trabajadores agrícolas hispanos en la atención primaria. *Diario de la Atención de Salud para los pobres y desatendidos*, Volumen 20, Número 4, p.1095 - 1110.
- D’Zurilla. (1993). *Terapia de resolución de conflictos. Competencia social, un nuevo enfoque en la intervención clínica*. España: Desclèe de Brouwer.
- Echeburúa, E. (2000). *¿Adicciones... sin drogas? Las nuevas adicciones (juego, sexo, comida, compras, trabajo, Internet)*. Bilbao. Desclèe de Brouwer.
- Fernández Miranda JJ, Gutiérrez E., Marina PA (eds.). *Guía de actuación clínica en trastornos adictivos*. Oviedo. 2002. *Guía de consenso sobre el diagnóstico*, p. 148.
- Fernández-Montalvo, J. Y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid. Pirámide.
- García-Portilla, M.P., Bascarán, M.T., Sáiz, P.A., Bousono, M. & Bobes, J. (2006) *Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica* (4th Ed.). Ars Médica: Barcelona.
- Guía Práctica para la Organización de un Sistema Integral de Tratamiento de la Dependencia de Drogas*. Organización de Estados Americanos OEA, Comisión interamericana para el control del abuso de drogas, Cicad. Washington D.C. 2003. p. 92.
- Gómez-Maqueo, Emilia Lucio; Gómez Hernández, Hugo Leonardo; Morales Rodríguez, Brenda; Pérez Ramos, Marisol. (2009). Uso del AUDIT y el DAST-10 para la identificación de abuso de sustancias psicoactivas y alcohol en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, Enero-Junio, 9-17.
- González de Rivera, José Luis & Monterrey Ana Luisa. *Aspectos psicodinámicos de las conductas adictivas*, Editorial Colex, Madrid, 1994. Pp. 11.
- Iribarría, T. S. (2010). *Drogas y atención primaria: Guía práctica de intervención sobre el abuso de alcohol y otras drogas*. *Drogas y atención primaria: Guía práctica de intervención sobre el abuso de alcohol y otras drogas*, 1 (Gobierno de La Rioja, Consejería de Salud, Dirección General de Salud Pública y Consumo). (C. d. Gobierno de La Rioja, Ed.) Rioja, Rioja, España: Gobierno de la Rioja.
- La escala del Síndrome de Dependencia de la Nicotina (NDSS) en una muestra de fumadores que demandan tratamiento para dejar de fumar. *Revista: Psicothema* 2009 21(4).

- Mariño, G. F.-M. (1997). Recuperado el 6 de septiembre de 2014, de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/terap_Ap2.pdf
- Ministerio de la Protección Social. (2011). Manual para detección e intervención temprana del consumo de sustancias psicoactivas y problemas de salud mental en los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes (1 ed.). Bogotá, Colombia: Alvi Impresores Ltda.
- Montejo, J. Z. (15 de noviembre de 2001). Drogodependencias y atención primaria: ¿una relación reconducible? *Atención primaria*, 28 (8), 517- 519. Recuperado el 6 de septiembre de 2014, de <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/articulo/en-este-numero-13023851>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). AUDIT: Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 6 de septiembre de 2014, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/substance_abuse/publications/media_assist/en/#
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 6 de septiembre de 2014, de <http://www.who.int/es/>
- Proyecto Ariadna. (2011). Proyecto Ariadna Educación, prevención y tratamiento de adicciones. Obtenido de Proyecto Ariadna Educación, prevención y tratamiento de adicciones: http://site.proyectoariadna.com/proyecto/adiccion/index/categoria/sintomas_fases_y_caracteristicas/publicacion/breve_historia_de_la_adiccion
- Sabogal, F., ET AL., Medición de la dependencia al cigarrillo: validación de una escala corta para latinos, avances en psicología clínica latinoamericana, vol. 7, 1989, págs. 89-10.

Capítulo 3
TRATAMIENTO MÉDICO
DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS
POR USO DE SUSTANCIAS DESDE ATENCIÓN
PRIMARIA

Epidemiología del consumo

El consumo de drogas ha acompañado al hombre desde la antigüedad: usos religiosos, rituales, médicos y mágicos hasta usos compulsivos y destructivos. La droga adquiere el valor de cualquier otra mercancía del sistema capitalista. Las normas que rigen la oferta y la demanda son las que determinan las “modas” de consumo de drogas. En este sentido, las drogas legales como el alcohol y tabaco, -obedeciendo a su estatuto de legalidad, a grandes campañas de publicidad y a entornos culturales que las incluyen como medios de socialización aceptados; sumados a los factores adictivos de las sustancias mismas y las condiciones personales y sociales de los sujetos- ocupan el primer lugar de todas las estadísticas en los ámbitos nacional e internacional.

La UNODC, (Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito) en su **Informe mundial sobre las drogas, de 2014**, menciona que «... la prevalencia mundial del consumo de drogas ilícitas y el consumo problemático de drogas se mantienen estables, y que el total de consumidores de drogas en el mundo va ajustándose cada vez más al aumento de la población mundial» (ONUUDC. Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito, 2014).

Vale la pena recordar que este informe no incluye el alcohol y el tabaco y se refiere exclusivamente a las drogas ilegales. Según el resumen ejecutivo de este informe, el último reporte de muertes relacionadas con drogas en 2012 contabilizó 183.000 fallecimientos, con drogas ilegales, mientras que uno de los últimos reportes de la OMS (Organización Mundial de la Salud), reporta casi 6.000.000 de

muertes anuales asociadas con tabaco(OMS, 2013). Así mismo, se menciona en el reporte de la OMS de mayo de 2014, que el número de muertes por consumo nocivo de alcohol se calcula en 3.3 millones de personas.

Según la UNODC(Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2014), entre 162 y 324.000.000 personas en el mundo consumieron alguna droga ilícita, al menos una vez en el año y de éstas, 16-39.000.000 tienen un consumo problemático. Este informe también llama la atención sobre las limitaciones de acceso a tratamiento en el mundo pues, según ellos, sólo uno de cada seis adictos tuvo acceso a tratamiento, cifra que en Colombia seguramente es más dramática. Respecto a las sustancias y la búsqueda de tratamiento se halló que en todo el mundo se está incrementando el número de las personas que buscan tratamiento por consumo de cannabis; en América, la sustancia que más produce atenciones es la cocaína y en Europa y Asia los opiáceos.

Se calcula que el número de consumidores de drogas inyectables en el mundo es de 12.7 millones, y la situación más grave se encontró en Europa oriental y sudoriental, donde el consumo por esta vía es casi cinco veces mayor que en el resto del mundo. Respecto a las enfermedades infecciosas en adictos, este informe menciona que aproximadamente 1.7 millones de seres humanos viven con VIH y más de la mitad de todos los consumidores de drogas inyectables están infectados con Hepatitis C.

Respecto a los opiáceos, siguen siendo las sustancias ilegales que causan más enfermedades y más muertes relacionadas con drogas. El informe sostiene que la disponibilidad de las sustancias determina el opiáceo de mayor uso y, por ejemplo en Estados Unidos, se está reemplazando el uso de opioides sintéticos por heroína, por la facilidad del acceso a la sustancia; existe, además, un abuso alternado entre morfina y medicamentos, incluido el fentanilo, de acuerdo con su disponibilidad. El informe alude a la fabricación casera de desomorfinas, el popular kokrodil de las redes informáticas.

En cuanto a la cocaína se manifiesta que existe una disminución de la disponibilidad de esta droga en todo el mundo y, frente al cannabis, si bien el consumo mundial se ha reducido, en Estados Unidos se ha aumentado, dato que los investigadores relacionan con los nuevos estatutos de legalidad de la sustancia en algunos estados.

Este documento también alude a la proliferación de ETA (Estimulantes tipo anfetamínico) y de NSP (Nuevas sustancias psicoactivas). Respecto a las primeras, menciona el aumento de producción de metanfetamina en Estados Unidos y en México. Otros datos sobre estas sustancias son:

- De las 144.000 toneladas incautadas de ETA, la mitad fue en América del norte y la cuarta parte en Asia oriental y sudoriental.
- En 2012 aumentó el volumen de incautaciones de éxtasis. Los lugares implicados son: Asia oriental, sudoriental y Europa.
- El abuso de estimulantes o medicamentos para tratar el Déficit de atención con hiperactividad se reporta en América del norte y América del sur.
- «... la proliferación de nuevas sustancias psicoactivas sigue planteando un problema, dado que su número (348 en diciembre de 2013, frente a 251 en julio de 2012) supera claramente al de las sustancias psicoactivas que se hallan sujetas a fiscalización internacional (234)».
- En este informe se menciona la existencia de lo que ellos llaman la «Red oscura», red virtual de venta de drogas, de difícil acceso por sitios comunes y, por lo tanto, de complicada criminalización y que, al parecer, maneja un volumen alto de venta de drogas.

Para analizar-la situación nacional de consumo de drogas, es oportuno recurrir al **Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas-Colombia. 2013**, cuyos resultados fueron publicados recientemente (CICAD-OEA., UNODC. Ministerio de Justicia y del Derecho. Ministerio de Salud y Protección social. Gobierno Nacional de Colombia., 2014). Este estudio encuestó 32.605 personas entre 12 y 65 años, que pertenecen al área urbana y arrojó los siguientes resultados:

Tabaco: el 12,9% de los encuestados reportó consumo de tabaco en los últimos 30 días, lo que equivale a un poco más de 3.000.000 fumadores. Dicho porcentaje es inferior respecto al reportado por el estudio de 2008. El 87.6% de la población considera de gran riesgo el hábito de fumar.

Alcohol: el 35.8% de la muestra reporta haber consumido en los últimos 30 días, lo que equivale aproximadamente a unas 8.300.0000 personas, de las que 2.5 millones se considera que tiene un consumo perjudicial o de alto riesgo. El grupo etario de los 18 a 24 años es el que presenta una tasa más alta de consumo. Al igual que con el tabaco, las personas encuestadas manifestaron tener una percepción de riesgo alta frente al consumo de alcohol: 83%.

Psicofármacos sin prescripción médica: para este estudio, el abuso de estos fármacos se reportó como muy bajo: 0.5 %.

Sustancias ilícitas: sólo el 3.6 % de los encuestados respondió afirmativamente acerca del consumo reciente o en el último año, lo que equivaldría aproximadamente a unas 834.000 personas consumidoras de drogas. El porcentaje de consumo sigue siendo mayor en hombres (5.4%) que en mujeres (1.4%). Se calcula que del total de consumidores, aproximadamente unas 484.000 tienen trastornos por uso de sustancias (abuso o dependencia, según el DSM-IV-Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta edición) y, al igual que para el alcohol, el grupo que reporta mayor consumo es el de 18-24 años, con un 8.7% de los encuestados.

En cuanto a las sustancias individuales la situación es la siguiente:

- **Marihuana:** se calcula que durante el último año consumieron aproximadamente 762.000 personas, de las cuales 440.000 tienen un uso problemático de esta droga. Este estudio concluye que la ciudad de mayor consumo es Medellín.
- **Cocaína:** 162.000 es el número aproximado de personas que consumió cocaína en el último año. Y de ellas, 98.000 tienen problemas de abuso o dependencia.

- **Basuco:** el número de consumidores de PBC se calcula en 49.000.
- **Éxtasis:** 28.000 personas consumieron recientemente.
- **Heroína:** 7.000 consumidores en el último año.
- **Inhalables:** 0.2% de la muestra el último año. 0.1% el último mes. Dick:0.5% y Popper:1.2%.

El estudio menciona la gran dificultad que existe cuando se estudian drogas como la heroína y los inhalantes, por el carácter de clandestinidad y marginalidad de los usuarios de estas sustancias.

Y, finalmente, para analizar algunos datos acerca del consumo de drogas en la población escolar, se revisa el **Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar Colombia-2011** (Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho. Ministerio de Salud y Protección Social. Ministerio de Educación. Gobierno Nacional de Colombia. CICAD-OEA. UNODC. Embajada de los Estados Unidos en, 2012). Este estudio se realizó con una muestra conformada por 95.303 estudiantes desde grado sexto a undécimo, de 1.134 establecimientos educativos de 161 municipios, que representan a una población de 3,5 millones de personas del sistema escolar tanto público como privado, en 27 dominios geográficos de Colombia. La muestra quedó conformada por 92.929 estudiantes (los restantes fueron excluidos por estar fuera del rango esperado de edad entre 11 y 18 años). De este estudio se resalta la siguiente información:

10% de los escolares reportó consumo reciente de tabaco y el 40% de los estudiantes, de 11 a 18 años, manifestó haber consumido algún tipo de bebida alcohólica durante el último mes, lo que es relevante y preocupante, si se tiene en cuenta que en nuestro país está prohibido el expendio a menores de estas dos sustancias. Sobre las sustancias ilícitas, 4.7% declaró haber consumido alguna de estas drogas. La sustancia más consumida es la marihuana, seguida de la cocaína. Para otras sustancias, éstos son los resultados:

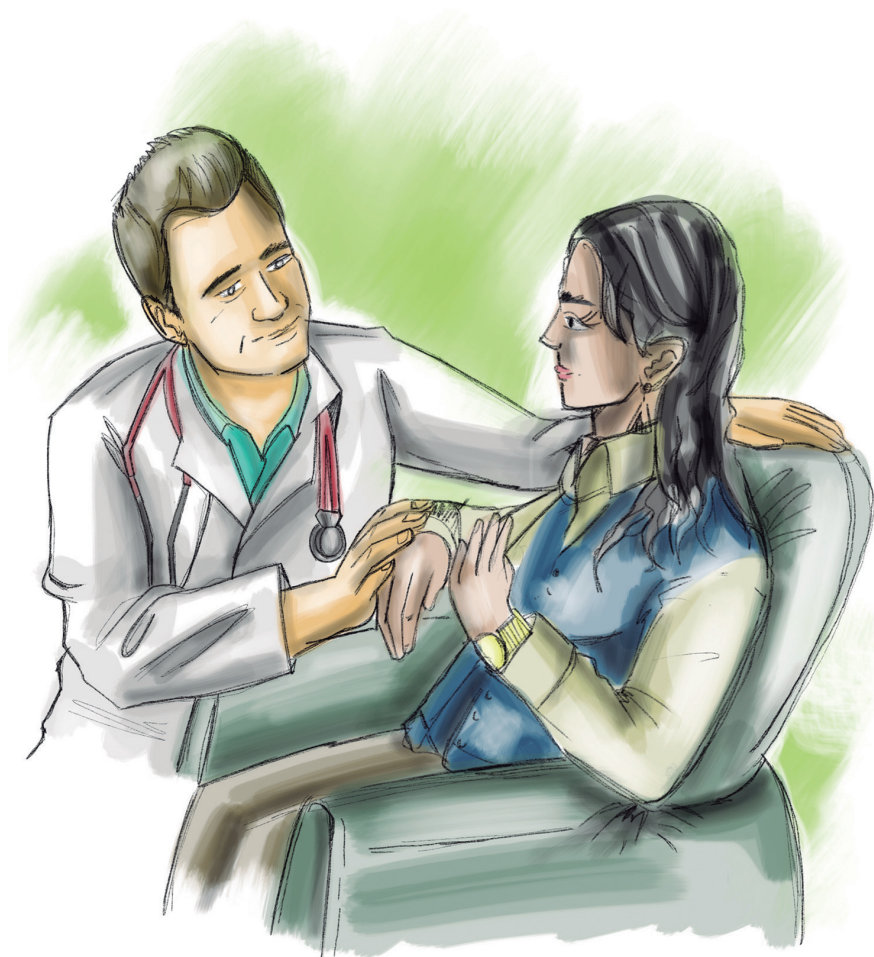
- **Pegantes o solventes:** el porcentaje de consumidores es de 1,8% (Bogotá con la tasa más alta: 3%).

- El éxtasis alcanza al 0,8% de prevalencia año en el ámbito nacional; la más alta en Quindío con el 1,7%.
- El consumo reciente de basuco es de 0,5% en el contexto nacional (0,9% en Bogotá).
- 2,7% declaró haber usado “Dick” en el último año; 1,4% Popper, 1% alucinógenos y un 19% consumió bebidas energizantes.

Estos estudios aluden a la difícil problemática del consumo de alcohol y tabaco, las drogas legales, las que son las más consumidas y las que tienen un mayor potencial de producir muerte y enfermedad. Entre las drogas ilegales, la más consumida es el *cannabis*, sustancia que en la actualidad produce controversia por los potenciales efectos terapéuticos de sus derivados y por la legalización de la misma que ha sido acogida por varios países. Por último, es menester hacer énfasis en que el consumo de sustancias como la heroína, también está asociado con alta morbilidad y que en Colombia el diagnóstico de trastorno por estas sustancias va en aumento.

Para recordar:

- Alcohol y tabaco: las drogas más consumidas y las que producen mayor morbilidad.
- Heroína: droga ilegal más relacionada con muertes.
- Cannabis: droga ilegal más consumida.
- Usuarios de drogas inyectables (heroína, cocaína, anfetaminas): no sólo VIH/SIDA. Más de la mitad infectados con hepatitis C.
- ETA: estimulantes tipo anfetamínico.
- NSP: nuevas sustancias psicoactivas.
- Alto consumo de bebidas alcohólicas y tabaco en menores de 18 años.



Historia clínica

Consideraciones previas

En Colombia la norma que rige el diligenciamiento de las historias clínicas es la Resolución 1995 de 1999, en la que se consignan todos los aspectos que tienen que ver con la obligatoriedad del registro, la manera de diligenciar la historia y la custodia de la misma (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 1999). Dichas normas rigen para los registros correspondientes a pacientes que padecen trastornos adictivos.

En la consulta habitual de atención primaria es posible encontrarse con tres tipos de pacientes con problemas por uso de sustancias. El primero, está conformado por aquellos pacientes que consultan por síntomas y enfermedades diferentes al uso de drogas, pero que están asociados con su abuso; ejemplo de esto son las hemorroides en el paciente alcohólico, los problemas pulmonares en pacientes con tabaquismo pesado, los abscesos en piel de pacientes usuarios de drogas por vía intravenosa, etc. Un segundo grupo de pacientes lo constituye aquellos que consultan específicamente por trastornos por uso de sustancias y un tercer grupo es el de los pacientes que ingresan por los servicios de urgencias por intoxicaciones agudas y síndromes de abstinencia.

Con el objetivo de optimizar el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes es recomendable acostumbrarse a indagar por el consumo de sustancias en todos los usuarios de los servicios de atención primaria.

Una de las herramientas para el diagnóstico de los trastornos por uso de sustancias es la historia clínica, pero antes de desplegar sus aspectos específicos, es menester reflexionar sobre la concepción del individuo que padece estos trastornos como sujeto enfermo. Se parte del hecho de que los abusadores de drogas no se consideran

como enfermos y, además que, desde la perspectiva social, el problema ha sido tratado más como un problema moral, legal y económico y no tanto como un problema de salud.

Para nadie es ajeno el uso de términos despectivos para referirse a estos pacientes, ni tampoco es extraño el hecho de que existe un vínculo constante entre el consumo de sustancias psicoactivas con la delincuencia. Las implicaciones económicas de este problema tienen que ver no sólo con el tráfico y distribución de sustancias sino, también, con el hecho de que las alteraciones físicas, mentales y sociales de estos individuos se reflejan en problemas laborales y son constantes el subempleo y el desempleo, lo que incide directamente en la capacidad de producción del individuo. Lo anterior ha hecho que el consumidor de sustancias psicoactivas haya sido considerado por la sociedad como “un vicioso, un delincuente y un vago” y que, por lo tanto, se le niegue el derecho a la salud o se le atienda de manera inadecuada en los servicios de salud.

Este panorama se ve agravado por la escasa formación que recibe el personal de salud en sus currículos de pregrado, por los problemas adictivos del personal asistencial y sus familias (lo que define asuntos transferenciales y contra transferenciales), por la dificultad en la accesibilidad de los servicios y los altos costos de los tratamientos privados.

Como ocurre con otros pacientes que padecen trastornos mentales, el paciente adicto le plantea al médico de atención básica retos para su tratamiento, por tanto, además de la formación en estas áreas es preciso que el personal asistencial cuente con una adecuada salud mental propia, que tenga una buena capacidad de escucha y que asuma una posición de respeto constante frente a estas personas, pues de la calidad y calidez de la consulta depende, en buena medida, la decisión que tome el paciente sobre la modificación de sus hábitos y la búsqueda de ayuda (Giraldo A. , 1997).

Terán y Ledo recomiendan que la entrevista sea: «... tranquila, calmada, sin prisa (siempre optimizando el tiempo), en un clima de acep-

tación y empatía, a la vez que se evita criticar, moralizar, juzgar, ordenar, amenazar, ridiculizar; así como la confrontación» (Teran, 2010).

Por su parte la APA, Asociación Psiquiátrica Americana, en sus guías de tratamiento de pacientes con trastornos por uso de sustancias, menciona la importancia de cualidades como la flexibilidad, la honestidad, el respeto, la seguridad, la calidez y la apertura, para el desarrollo de una alianza terapéutica positiva, sin olvidar el establecimiento de límites claros en la relación terapéutica, fundamental en estos pacientes y, particularmente, en aquellos con diagnóstico dual que, además, padezcan trastornos de personalidad (Kebler, 2006).

Papel de la evaluación clínica en el tratamiento del paciente consumidor de sustancias psicoactivas

Si se parte de que se acepta que el consumidor de sustancias psicoactivas es un sujeto enfermo y se reconoce que la función del médico es ayudar al paciente a tener el mayor grado de salud, se responde a la siguiente pregunta: ¿Para qué sirve la evaluación clínica de estos pacientes? En primer lugar, la evaluación clínica sirve para hacer una elaboración diagnóstica que oriente el plan de tratamiento del paciente. ¿Cuáles diagnósticos son posibles en estos pacientes? Desde el punto de vista de las adicciones es importante el reconocimiento de intoxicaciones agudas, síndromes de abstinencia y trastornos por uso de sustancias, además de la coexistencia de otras enfermedades físicas y mentales.

En segundo lugar, la evaluación clínica ayuda a definir si el paciente puede ser atendido en atención primaria o si es necesario remitirlo a un programa especializado de mayor complejidad; así mismo, a partir de esta evaluación, se define si es preciso hospitalizar al consultante, por el nivel de gravedad de su cuadro clínico.

En tercer lugar, permite educar al paciente en el conocimiento de su enfermedad y, finalmente, orienta en la elaboración de un plan de tratamiento.

Pero, ¿cómo se hace dicha evaluación? Esta evaluación no difiere mucho de la valoración clínica de cualquier paciente y se basa en un interrogatorio (anamnesis) y un examen físico, que llevan a una presunción diagnóstica y a la definición de conductas a seguir.

A continuación se despliega el tema de la anamnesis y el examen físico y se llama la atención sobre aspectos que tengan que ver con el consumo de sustancias psicoactivas, teniendo siempre en cuenta que los síntomas y signos son diferentes para cada paciente y están determinados, entre otras cosas, por factores tales como la calidad, la cantidad y el patrón de consumo de la sustancia, así como por la personalidad previa del individuo y sus circunstancias ambientales. La evaluación de un paciente con trastornos por uso de sustancias puede requerir varias entrevistas flexibles, de acuerdo con las características personales y la situación clínica del paciente.

Anamnesis

1. Identificación. Se consignan los siguientes datos: nombre, edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, dirección y teléfono del paciente.

Lo anterior permite llamar al paciente por su nombre y, de acuerdo con su edad, escolaridad y ocupación, escoger el lenguaje más apropiado para un mejor entendimiento con él.

En general, los consumos se inician en la segunda década de la vida y el riesgo de trastornos por uso de sustancias más severos está en relación con el inicio temprano en el consumo. Las mujeres son más sensibles al consumo de algunas drogas como el alcohol y el éxtasis (Zarco J. E., 2007).

Adicionalmente, algunos oficios se constituyen en factores de riesgo para estos pacientes. Ejemplo de ello son los empleos en bares, casinos, trabajo sexual, centros asistenciales (por el fácil acceso a medicamentos de control); conducción de camiones o trabajo en horas nocturnas, deportistas de alto rendimiento y en aquellas empresas que manejan sustancias industriales con potencial adictivo como los inhalantes.

2. Motivo de consulta. Corresponde a la causa por la cual el paciente asiste a la consulta y debe ser consignada con sus palabras. En este punto es necesario hacer algunas consideraciones. Recordar que, como ya se había mencionado, la mayoría de estos pacientes no se considera a sí mismo como enfermo y, por lo tanto, generalmente asisten a la consulta porque son remitidos por otros profesionales o porque son presionados por familiares y amigos o por causas diferentes a los trastornos adictivos. Las remisiones son hechas por psicólogos o profesionales de familia y, en algunos casos, por órdenes judiciales y por el Instituto de Bienestar Familiar. Si bien el NIDA (Instituto nacional sobre abuso de drogas de los Estados Unidos), plantea que: “el tratamiento no tiene que ser voluntario para ser eficaz”(NIDA, Impreso 2001, revisado 2010); en Colombia, a no ser que el paciente sea declarado interdicto, los consentimientos informados incluyen información acerca de la voluntariedad del paciente para ingresar a tratamiento. Por lo tanto, de la habilidad del médico de atención primaria para generar empatía y deseo de cambio y de sus capacidades técnicas para la realización de intervenciones breves y entrevistas motivacionales, puede depender que los pacientes sí se vinculen al tratamiento o a instituciones especializadas en el tratamiento de TUS (Trastornos por uso de sustancias).

Vale la pena citar la sugerencia del Manual de atención primaria de la Sociedad española de medicina de familia y comunidad:

Aunque es extensivo a toda historia clínica y acto médico, se deben cuidar y reforzar aspectos éticos fundamentales, como la **confidencialidad**, el **secreto profesional** y la **autonomía del paciente** a la hora de tomar sus propias

decisiones sobre su salud aun cuando puedan ser contrarias a nuestros objetivos sanitarios. Y esto debe ser así independientemente del sexo, la raza, la clase social e incluso la edad del paciente (adolescentes) (Zarco J. e., 2007).

3. Enfermedad actual. Se consignan los datos referidos a las sustancias consumidas. Para cada una de ellas se debe consignar la edad de inicio, frecuencia y cantidad consumidas actualmente y en el pasado, vía de administración, tiempo máximo de abstinencia y fecha del último consumo. Además, se deben registrar los síntomas actuales y pasados relacionados con el consumo y la abstinencia.

Las sustancias por las que se debe indagar son: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, (con categorías separadas para la fenciclidina [o arilciclohexaminas, de acción similar] y otros alucinógenos); inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (sustancia anfetamínica, cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas)(DSM-V).

- Para el alcohol es necesario familiarizarse con las UBES (Unidades de bebida estándares), para calcular la cantidad de licor ingerida. (Ver apartado sobre alcohol).
- Para el tabaco se debe calcular el número de paquetes/año y el cálculo del consumo se debe hacer no sólo para el momento de la consulta, sino a través de la vida y se usa la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{No. de cigarrillos al día} \times \text{número de años en los que se ha fumado}}{20} = \text{Número de paquetes/año}$$

Si el número de cigarrillos ha sido variable a través de los años, se hace la sumatoria del cálculo de número de paquetes año, de acuerdo con cada época (Gallego, 2011). Una pregunta que define la magnitud del trastorno por uso de tabaco, es el tiempo que transcurre entre el momento de levantarse y el consumo del primer cigarrillo. En este apartado es importante indagar por las prácticas de riesgo en pacientes con uso intravenoso de drogas, como el intercambio de jeringas y las condiciones de inyección.

Se debe indagar, además, por el consumo de cafeína y consignar toda la información mencionada. Se debe aclarar cuál es la droga preferida por el sujeto y si coincide con la droga que mayores problemas le causa. Es preciso conocer los nombres populares de las drogas para mejorar la empatía con el paciente y que sienta que el médico sabe a qué se está refiriendo.

A continuación se describen algunos nombres populares en nuestro medio:

- **Cannabis:** marihuana, porro, yerba, moño, maría, canuto, cripa, crespa.
- **Cocaína:**
 - Inhalada: perico, perica, pérez, químico.
 - Fumada: basuca, patrasiao, crack.
 - Basuca más cannabis: diablo, maduro.
 - Perico más cannabis: angelito.
- **Benzodiacepinas:** pepas, ruedas, tachas, pirulas.
- **Heroína:** hache, chute.
- **Anfetaminas:** anfetás, pirulas.
- **LSD:** ácido, papelito.
- **Ketamina:** keta, vitamina K, special K.

También se deben consignar las motivaciones para consumir y para asistir al programa, datos acerca del ritual de consumo (lugar, compañía, parafernalia, etc.), los problemas asociados con el mismo desde el punto de vista del paciente y sus intentos de abstenerse. Indagar sobre cuál es la expectativa del paciente frente a su abstinencia: ¿Desea abandonar todas las drogas o sólo algunas? ¿Se plantea reducir el consumo o desea una abstinencia total?

Estos datos orientan sobre la búsqueda de signos específicos en el examen físico de acuerdo con las sustancias consumidas y proporcionan información para la intervención, pues, a partir de ellos se sabrá cuál es el lugar que ocupa la droga en la vida del sujeto y se tendrán elementos para la entrevista motivacional.

También es oportuno indagar por el juego patológico y consignar los datos pertinentes al inicio, circunstancias, intentos de parar, dinero invertido, problemáticas asociadas, etc. En el caso de pacientes que consultan específicamente por problemas con drogas es preciso establecer en qué estadio de cambio se encuentra frente a las sustancias. (Ver capítulo de abordaje psicosocial)

4. Revisión por sistemas. Como ya se mencionó, estos individuos no se sienten enfermos y, por lo tanto, cuando se les pregunta por su estado de salud, un gran porcentaje responderá que se sienten muy bien y que no experimentan ningún síntoma; sin embargo, cuando se hace una revisión de cada sistema orgánico, comienzan a aparecer múltiples síntomas. Esta revisión debe ser rápida, pero detallada y orientada hacia aquellos síntomas relacionados con las sustancias que el paciente consume. Para esto es menester conocer los efectos más frecuentes de las sustancias en cada sistema orgánico y recordar que la mayor morbimortalidad está asociada con el abuso del alcohol y tabaco. Igualmente, es necesario recordar que el consumo de drogas es uno de los principales factores de riesgo para la salud en todo el mundo, por la relación que tienen con el incremento del riesgo de enfermedades infecciosas y cardiovasculares, los riesgos asociados con sobredosis y suicidios (UNODC/OMS, 2010).

Algunos de los síntomas que con mayor frecuencia relatan los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas son:

- Síntomas generales: fatiga, mareo, sudoración y cambios de peso.
- Cabeza: dolor.
- Ojos: disminución de la agudeza visual, visión borrosa.
- Nariz, oídos, boca, garganta: epistaxis, dolor de garganta u oídos, sensación de cuerpo extraño en garganta, cambios en la voz y problemas en la dentadura.
- Tórax, corazón y pulmones: dolor torácico, palpitaciones, tos, expectoración y dificultad para respirar.

- Sistema digestivo: falta o aumento de apetito, náuseas, vómito, constipación o diarrea, intolerancia a los alimentos, gastritis, hemorragias, dolor abdominal y hemorroides.
- Genitales y sistema urinario: alteraciones en la orina, patología en órganos genitales (dolor, lesiones, flujo, etc.), trastornos en el deseo y las relaciones sexuales (problemas de erección, eyacuación, anorgasmia, etc.).
- Músculos, huesos y articulaciones: dolores generalizados e inespecíficos.
- Piel, cabello y uñas: abscesos, palidez, fragilidad de las uñas y caída del cabello.
- Sistema nervioso: parestesias (calambres, hormigueos, entumecimientos), temblor y alteraciones en la sensibilidad y motricidad.
- Estado mental y emocional: nervios, irritabilidad, tensión, ansiedad, depresión, ideación suicida, alteraciones de concentración y memoria y trastornos del sueño.

En la tabla 1 que aparece en la siguiente página se destaca la patología más frecuente asociada con el abuso de alcohol, tabaco, cocaína y opiáceos, para tenerla presente a la hora de la revisión por sistemas y, posteriormente, en el examen físico.

Tabla 1. Patología orgánica asociada con consumo crónico de alcohol, tabaco, cocaína y heroína

Droga	Efectos
ALCOHOL	<ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: esofagitis, síndrome de Mallory-Weiss, gastritis, úlcera péptica, hígado graso, hepatitis inducida por el alcohol, cirrosis, pancreatitis aguda o crónica. • Cardiovascular: hipertensión, cardiomiopatía, enfermedad arterias coronarias. • Neurológico: encefalopatía de Wernicke, demencia relacionada con el alcohol, degeneración cerebelosa, neuropatía periférica, accidente cerebrovascular, convulsiones. • Hematológicos: trombocitopenia, anemia. • Neoplásicas: cánceres de esófago, hígado y páncreas. • Otros: disfunción sexual, trastornos del sueño, deficiencia de vitamina B, miopatía periférica.
TABACO	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiovascular: enfermedad coronaria y enfermedades vasculares. • Respiratorio: EPOC. • Neoplásicos: cáncer de boca, esófago y pulmones.
COCAÍNA	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiovascular: isquemias y arritmias cardíacas, cardiomiopatía, disección aórtica, infarto al miocardio. • Respiratorio: neumotórax espontáneo, neumomediastino, bronquitis, neumonitis y bronco espasmo. • Neurológicas: convulsiones, ECV. • Otras: sinusitis, irritación nasal, epistaxis y perforación tabique nasal. HIV y hepatitis, con uso intravenoso; pérdida de peso y desnutrición.
OPIOIDES	<ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinal: hepatitis virales agudas y crónicas. • Cardiovascular: endocarditis. • Respiratorio: TBC (puede ser resistente al tratamiento). • Neurológico: meningitis. • Otras: celulitis, abscesos, osteomielitis, HIV.

Adaptada de APA. (2006) Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders, Second Edition.

Esta revisión alertará sobre cuáles son los órganos que pueden estar más afectados y a los que se deberá prestar más atención durante el examen físico.

5. Antecedentes personales. Se consignan las enfermedades que el paciente ha sufrido durante su vida, cuáles han ameritado hospitalización y si actualmente toma alguna medicación.

Los antecedentes por las que debe preguntarse son:

- Infecciosos: virosis de la infancia, tuberculosis, hepatitis, enfermedades de transmisión sexual y otras.
- Traumáticos: accidentes, lesiones por cualquier tipo de arma, fracturas y trauma encéfalo-craneano.
- Quirúrgicos: antecedentes de cirugía.
- Tóxicos: ocupacionales, alimentarios, sobredosis de sustancias psicoactivas, etc.
- Alérgicos: ambientales, medicamentosos, etc.
- Psiquiátricos: diagnóstico, tratamiento, hospitalización, intentos suicidas.
- Otras enfermedades: hipertensión arterial, cardiopatías, diabetes, epilepsia, etc.

Se debe consignar la fecha del padecimiento y si éste produjo alguna secuela.

En este punto también se debe investigar si el paciente ha asistido a otras instituciones para el tratamiento de su problema actual y cuál ha sido la historia y resultado de esos tratamientos; se debe indagar, además, por el consumo actual de medicamentos y consignar el nombre, la posología y si son automedicados o formulados por el médico.

En los casos en los que sea posible, se debe acceder a las historias clínicas antiguas del paciente, sobre todo las que tengan que ver con hospitalizaciones psiquiátricas o en centros de rehabilitación para problemas de adicción.

Cuando se evalúan pacientes mujeres, se debe realizar una historia gineco-obstétrica que contenga los siguientes datos: edad de la menarquía, fecha de la última menstruación, número de embarazos y abortos, condiciones de los partos, fecha del último parto, método de anticoncepción utilizado, fecha y resultado de la última citología vaginal, examen de mamas y la presencia de sintomatología en este nivel.

En pacientes embarazadas recordar que el consumo de drogas convierte su gestación en un embarazo de alto riesgo obstétrico y que pueden presentarse las siguientes patologías en la gestante, en el feto y en el neonato:

- **Estado de salud de la gestante:** hepatitis, anemia, tuberculosis, hipertensión y preclampsia.
- **Curso del embarazo:** riesgo incrementado de abortos espontáneos, preclampsia, desprendimiento prematuro de placenta y parto prematuro o prolongado.
- **Desarrollo del feto:** defectos congénitos, problemas cardiovasculares, prematuridad, alteraciones de crecimiento y desarrollo, bajo peso al nacer y muerte fetal. Síndromes abstinenciales.
- **Desarrollo infantil:** aparición de alteraciones a largo plazo en el desarrollo físico y cognitivo, como puede verse en el síndrome alcohólico fetal (Kebler, 2006).

Los antecedentes personales brindan información acerca de cómo ha sido el estado de salud del paciente, permite saber cuáles de las enfermedades padecidas por él pueden ser producidas o agravadas por el consumo de sustancias psicoactivas. También, conocer cuál ha sido su respuesta a modelos de tratamiento. Respecto a los medicamentos se aclara si la medicación y la posología son adecuadas para la patología, si el paciente abusa de algún medicamento y puede alertar acerca de las posibles interacciones que se presentan en el caso de ser necesaria alguna intervención farmacológica.

6. Antecedentes familiares: se debe interrogar sobre la presencia de las siguientes enfermedades en los familiares cercanos: hipertensión, cardiopatías, enfermedades cerebrovasculares, diabetes, asma, tuberculosis, epilepsia, cáncer, trastornos mentales; alcoholismo, tabaquismo y abuso de otras sustancias psicoactivas. Con esto se pretende determinar la influencia de patologías familiares en el estado actual de salud del paciente.

7. Historia personal y social: los datos que deben consignarse aquí son los siguientes:

- Hermanos: número, cantidad de hombres y mujeres, fallecimientos y lugar ocupado por el paciente entre los hermanos.
- Padres: edad, ocupación y la relación del paciente con ellos.
- Cónyuge o compañero: edad, sexo, ocupación y relación de pareja.
- Hijos: número, edad, sexo y calidad de la relación.
- Nivel socio-económico: ocupación, condiciones de la vivienda, etc.
- Vida sexual: cantidad y calidad de compañeros, uso de preservativo, grado de satisfacción con las relaciones sexuales.
- Alimentación: cantidad y calidad.
- Deportes y aficiones: tipo y frecuencia.
- Conductas delictivas: tipo de delito y pasado judicial.

En este apartado, debe indagarse, además, por la presencia de consumo actual por parte de familiares, amigos y personas que viven con el paciente.

Los hábitos y vida social del individuo informan acerca de cómo estas áreas pueden contribuir en la aparición y perpetuación del problema de consumo de drogas y de los síntomas que se evidencian en ellas, además, son de mucho valor en la evaluación de la personalidad del paciente.

Finalmente, debe preguntarse si está dispuesto a tratarse y qué tipo de tratamiento prefiere.

Examen físico

Cuando se lleva a cabo el examen físico, se deben tener en cuenta los datos de la anamnesis y la comorbilidad orgánica más frecuente para cada droga y recordar las enfermedades que son exacerbadas por consumo tales como la enfermedad respiratoria por tabaco; la cardiovascular por alcohol, tabaco y cocaína; la enfermedad hepática por alcohol y las convulsiones que pueden ser agravadas por abstinencia de alcohol y benzodiacepinas. También es importante tener presente que estos pacientes, cuando padecen otras enfermedades crónicas, no se toman adecuadamente sus medicamentos (no

los ingieren o se toman dosis excesivas), ni asisten con regularidad a sus seguimientos médicos y también es muy frecuente el descuido de su salud dental (Kebler, 2006).

Cuando se habla de examen físico es pertinente recordar la frase del gran clínico C. Bernard: «Quien no sabe lo que busca, no entiende lo que encuentra».

1. Descripción general. El examen físico se inicia desde el momento en que el paciente ingresa al consultorio y se observa su apariencia física, presentación personal, el tono de la voz, sus gestos y su manera de responder.

2. Signos vitales. Regularmente, se encontrarán alteraciones en el pulso, la presión arterial, la temperatura y la frecuencia respiratoria, que pueden estar relacionadas con la ansiedad que le produce al paciente la evaluación médica o con consumos recientes.

3. Cabeza y órganos de los sentidos: Muchos pacientes presentan cicatrices y hematomas de traumas encéfalo-craneanos recientes o lejanos.

- **Ojos:** con frecuencia se observa irritación ocular (puede ser producida por alcohol y cannabis) y trastornos de la agudeza visual. Los pacientes que utilicen lentes, evaluarlos con y sin ellos, para determinar el grado de corrección lograda con su uso. No olvidar la evaluación del fondo de ojo por cuanto se pueden presentar problemas de atrofia papilar relacionados con consumo de sustancias (ambliopía tabaco-alcohol).
- **Oídos, nariz, boca y garganta:** varias de las sustancias psicoactivas son muy irritantes para estas áreas y es común el hallazgo de patología inflamatoria e infecciosa.

En los pacientes consumidores de cocaína (también de anfetaminas) por vía inhalatoria es muy constante la congestión, ulceración, señales de sangrado en la mucosa nasal e, incluso, perforación del tabique nasal en los casos más graves. También

es posible, aunque menos frecuente, la perforación del paladar. Como ya se había mencionado en la revisión de sistemas, son usuales los problemas dentales como manchas por humo, mala higiene, caries y falta de piezas dentarias.

4. Cuello: también se encuentran, a menudo, adenopatías.

5. Cardiopulmonar: en este punto del examen se debe determinar si las alteraciones sobre el pulso, la presión arterial y la frecuencia respiratoria están relacionados con problemas cardiopulmonares y evaluar la presencia de arritmias, soplos, cardiomegalia, alteraciones respiratorias, bronco espasmo, o signos infecciosos pulmonares. El alcohol, el tabaco, la cocaína y las anfetaminas producen toxicidad cardíaca y todas las drogas fumadas pueden producir patología pulmonar.

6. Mamas: este examen se debe realizar tanto en hombres como en mujeres porque sustancias como el alcohol (algunos textos mencionan que también la cocaína y la marihuana), pueden producir ginecomastia.

7. Abdomen: la inspección, palpación, percusión y auscultación del abdomen permiten descubrir la patología existente. Algunos hallazgos comunes son alteraciones circulatorias evidentes a la inspección, dolor en la palpación en diferentes áreas, aumento del tamaño del hígado y trastornos en la motilidad intestinal. El alcohol produce mucha patología gastrointestinal que se evidenciará en la revisión del abdomen al examen físico: aumento de circulación colateral, hepatomegalia, dolor, hemorroides, etc. Los opioides producen mucha constipación que puede traducirse en enlentecimiento del peristaltismo y dolor a la palpación del marco cólico.

8. Genitales: con este examen se puede descartar la presencia de lesiones o secreciones que se relacionen con enfermedades de transmisión sexual y en los alcohólicos, en ocasiones, se detecta atrofia testicular.

9. Linfático: se pueden encontrar adenopatías relacionadas con cuadros infecciosos en diferentes órganos.

10. Osteo-muscular: es usual la presencia de signos relacionados con trauma y secuelas de los mismos. En pacientes muy deteriorados es evidente la atrofia muscular. Es posible encontrar artritis asociadas con el consumo de alcohol (gota).

11. Vascular: en este punto se evalúa la presencia de alteraciones de la circulación.

12. Piel, cabello y uñas: por efectos tóxicos de las sustancias o deficiencias nutricionales se pueden encontrar alteraciones como palidez, sequedad de la piel, pérdida del vello corporal, fragilidad de las uñas y el cabello. En pacientes consumidores de drogas fumadas es posible encontrar manchas y quemaduras en los pulpejos de los dedos y en pacientes que usan drogas inyectadas se observan los estigmas del consumo, con múltiples sitios de venopunción, abscesos y cicatrices en lugares de inyección.

13. Sistema nervioso: este examen debe ser detallado pues muchos pacientes pueden presentar hallazgos que no hayan sido apreciados por ellos. Debe incluir la evaluación de los pares craneanos y espinales; del equilibrio, de la marcha y la postura, de la sensibilidad y la motricidad, de la fuerza y el tono muscular, de los reflejos superficiales y profundos y evaluar la presencia de movimientos anormales.

En estos pacientes es posible encontrar temblor de manos, de la lengua o generalizado; nistagmos; parálisis de músculos oculares o faciales; alteraciones de la marcha relacionados con trastornos del equilibrio o compromiso de nervios periféricos, etc. El alcohol produce patología en el sistema nervioso central.

Por causa de la afectación del sistema nervioso por todas las drogas, es importante hacer siempre un examen mental minucioso, que incluye la valoración de los siguientes ítems:

- Porte y actitud
- Conciencia
- Orientación
- Lenguaje
- Atención y memoria
- Pensamiento
- Juicio
- Sensopercepción
- Estado de ánimo
- Introspección y prospección

El examen del estado mental no requiere herramientas específicas y puede medirse durante todo el desarrollo de la evaluación clínica; sin embargo, es posible utilizar el mini-examen mental, que es una herramienta ágil y fácil de aplicar y que brinda información acerca del estado de las funciones cognitivas del paciente, aunque algunos autores consideran que «La utilidad diagnóstica del Mini-Mental para la detección del deterioro cognitivo en Atención Primaria no es satisfactoria» (Carnero, 2013). Este examen permite evaluar la orientación en persona, espacio y tiempo, la memoria, la atención y el cálculo, la comprensión verbal y escrita y la capacidad para la escritura y el dibujo. Los pacientes deben responder y realizar ejercicios sencillos que se califican con “1” punto si la respuesta es correcta o con “0” si es incorrecta; puntuaciones bajas se asocian usualmente con demencias o trastornos psiquiátricos mayores (Ver anexo 1).

En los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas se encuentran comúnmente alteraciones en orientación, memoria, atención y cálculo.

Para finalizar el tema del examen físico, se debe tener en cuenta que «... ningún hallazgo exploratorio es patognomónico de ningún consumo, por lo que los resultados de la exploración deben ser considerados como un complemento de la anamnesis» (Zarco J. e., 2007).

En las secciones correspondientes a cada sustancia, se encontrarán los síntomas y signos específicos para cada droga.

Entrevista a fuentes colaterales

En el caso de pacientes con escasa motivación, adolescentes o personas con deterioro mental, en ocasiones, es preciso hacer la entrevista a terceros, tales como padres, parejas o tutores, para indagar acerca de su visión sobre los problemas del paciente, las expectativas del acompañante frente a posibles tratamientos, una breve historia del desarrollo, en los casos en que esto sea posible y de las características cognitivas y de la personalidad del sujeto actuales y previas al consumo.

En la historia del desarrollo es menester investigar por los antecedentes “perinatales, infancia-adolescencia, escolaridad (rendimiento/adaptación escolar), presencia de maltrato físico/psicológico, abusos sexuales, alteraciones de comportamiento infancia/adolescencia, formación/adaptación laboral, servicio militar...” (Teran, 2010).

Estas entrevistas deben hacerse con el permiso del paciente y garantizar la confidencialidad de los datos ofrecidos; sin embargo, siempre hay que tener presente la importancia del vínculo paciente-terapeuta y, por lo tanto, es preferible optimizar la confianza con el paciente y no entrevistar a otros familiares o posponer estas entrevistas si esto deteriora el contacto inicial.

La anterior descripción del interrogatorio y el examen físico no es un esquema rígido ni contiene toda la sintomatología y signología que es posible hallar en los pacientes; sin embargo, pretende enfatizar en la necesidad de elaborar historias clínicas completas y menciona aquellos síntomas y signos que con mayor frecuencia se observan en la atención de estos pacientes.

Cuando se hayan realizado el interrogatorio y el examen físico debe tenerse un diagnóstico o presunción diagnóstica que oriente la conducta que ha de seguirse.

Diagnóstico

El adecuado desarrollo de las etapas anteriores permite la elaboración del diagnóstico. Aquí se debe tener en cuenta el uso de términos adecuados que describan con la mayor exactitud posible la patología del paciente, pues se siguen utilizando muchos términos que no son aceptados como diagnósticos oficiales.

Sistemas internacionales de clasificación de enfermedades

Para fines terapéuticos y estadísticos es muy importante utilizar los sistemas internacionales de clasificación de enfermedades (CIE-10 y DSM V).

Criterios trastorno por uso de sustancias (TUS) DSM 5 (APA, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 2014).

Un patrón problemático de uso de la sustancia que conduce a deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por al menos dos de los siguientes criterios y que tienen ocurrencia durante un periodo de 12 meses:

TUS- Criterios pérdida de control (1-4)

- Se consume la sustancia por mayor tiempo o en mayor cantidad de la que planeó.
- Expresa deseo permanente de cortar el consumo o controlarlo y puede reportar múltiples intentos fallidos de parar o disminuir.
- Pasa grandes periodos de tiempo en los que obtiene la sustancia, la usa o se recupera de sus efectos (en algunos casos, todas las actividades son para esto).
- “Craving”, deseo intenso o ansiedad por la droga, en cualquier momento pero más con disparadores ambientales.

TUS- Criterios deterioro social (5-7)

- El uso continuo se traduce en fallas para cumplir con obligaciones (trabajo, estudio, familia, casa, etc.).
- Se continúa con el consumo a pesar de problemas persistentes o recurrentes sociales o interpersonales, causados o exacerbados por los efectos de las sustancias.
- Se han suspendido o reducido actividades importantes, sociales, ocupacionales.

TUS- Criterios uso de alto riesgo (8,9)

- Consumo de sustancias en situaciones en las que es físicamente de alto riesgo.
- El individuo continúa con el consumo a pesar del conocimiento de problemas físicos o psicológicos que probablemente son causados o exacerbados por la sustancia (no es capaz de abstenerse, a pesar de que sabe del peligro).

TUS- Criterios farmacológicos. Tolerancia (10)

- Aumentar dosis para obtener el efecto y efecto reducido con la dosis habitual.
 - Varía entre individuos, sustancias.
 - Diferente sobre distintos funcionamientos cerebrales. Ejemplo: depresión respiratoria, sedación, incoordinación.

TUS- Criterios farmacológicos. Abstinencia (11)

- Cuadro específico cuando bajan niveles sanguíneos o tisulares.
 - Son diferentes para las clases de sustancias.
 - Son claros con los depresores, fácilmente medibles, evidenciables.
 - Con estimulantes, tabaco y THC están presentes pero son menos aparentes.
 - No lo incluyeron para inhalantes ni alucinógenos.
 - Ni abstinencia ni tolerancia se requieren para el diagnóstico de TUS.

Especificadores de severidad

- Según el número de criterios cumplidos:
 - Leve: 2-3 síntomas
 - Moderado: 4-5 síntomas
 - Severo: 6o más.
- La severidad puede variar en el tiempo.
- Codifica leve (F141)
- Codifica moderado o severo (F142)

Especificación del curso (específico por sustancia)

- Remisión temprana: ningún criterio por tres meses, pero no por más de 12, con excepción del craving
- Remisión sostenida: ningún criterio por más de 12 meses
- En terapia de mantenimiento
- En ambiente controlado
- Se evitó el uso de la palabra adicción

Para la Clasificación Internacional de las Enfermedades-CIE 10 de la OMS (OMS, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, 2008), los criterios son los siguientes:

Uso nocivo

Un patrón de consumo de sustancias psicoactivas que es dañino para la salud física o mental.

Consumo perjudicial

- A. Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado (o contribuido sustancialmente a) un daño físico o psicológico, incluido el deterioro de la capacidad de juicio o alteraciones del comportamiento.
- B. La naturaleza del daño debe ser claramente identificable (y especificada).
- C. La forma de consumo ha persistido al menos un mes o se ha presentado reiteradas veces en un periodo de 12 meses.
- D. El trastorno no cumple criterios para ningún otro trastorno mental o del comportamiento relacionado con la misma sustancia en el mismo periodo de tiempo (excepto para la intoxicación aguda).

Síndrome de dependencia

- A. Deben haberse presentado simultáneamente tres o más de las siguientes manifestaciones durante al menos un mes o, si persisten durante periodos inferiores a un mes, deben haberse presentado repetidas veces y, simultáneamente, en un periodo de 12 meses:
 - 1. Un deseo intenso o sensación de compulsión a consumir la sustancia (craving).
 - 2. Disminución de la capacidad de controlar el consumo en lo referente al inicio, término o cantidades consumidas, como se prueba por: consumo frecuente de cantidades mayores o durante más tiempo del que se pretende, o deseo persistente o esfuerzos sin éxito de reducir o controlar el consumo.
 - 3. Un cuadro fisiológico de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia, como se prueba por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia, o por el consumo de la misma (o alguna parecida), con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

4. Pruebas de **tolerancia** a los efectos de la sustancia, tales como necesidad de aumentar significativamente la cantidad de la sustancia para conseguir intoxicarse o el efecto deseado, o marcada disminución del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia.
5. Preocupación por el consumo de la sustancia, que se manifiesta por el abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés a causa del consumo de la sustancia, o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos de la sustancia.
6. Consumo persistente de la sustancia a pesar de las pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales, que se evidencia por el consumo continuado cuando el individuo tiene en realidad conocimiento, o puede suponer lo que tiene, de la naturaleza y amplitud del daño.

En Colombia, rige la CIE-10. Por lo tanto, se mencionan los códigos diagnósticos para cada sustancia, para ser tenidos en cuenta al momento de registrar el diagnóstico.

Tabla 2. Códigos diagnósticos de trastornos mentales y del comportamiento, debidos al uso de drogas, por sustancia. CIE. 10

Código	Diagnóstico (trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de...)
F10	Alcohol
F11	Opioides
F12	Cannabinoides
F13	Sedantes hipnóticos
F14	Cocaína
F15	Otros estimulantes (cafeína)
F16	Alucinógenos
F17	Tabaco
F18	Disolventes
F19	Múltiples drogas u otras drogas

Tabla 3. Trastornos inducidos por sustancias y su código, según la CIE-10

Código	Diagnóstico
F1x.0	Intoxicación aguda
F1x.1	Consumo perjudicial
F1x.2	Síndrome de dependencia
F1x.3	Síndrome de abstinencia
F1x.4	Síndrome de abstinencia con <i>delirium</i>
F1x.5	Trastorno psicótico
F1x.6	Síndrome amnésico
F1x.7	Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicotrópicas
F1x.8	Otros trastornos mentales o del comportamiento
F1x.9	Trastorno mental o del comportamiento sin especificación

Como ya se mencionó, en estos pacientes es muy frecuente la presencia de comorbilidad, tanto física como mental y, en la mayoría de ellos, es difícil establecer si se trata de patologías previas, agravadas o producidas por el consumo.

Desde el punto de vista físico, la Cicad-OEA (Comisión interamericana para el control de abuso de drogas, de la Organización de Estados Americanos) destaca como aspectos muy relevantes, los siguientes:

- Descartar la existencia de alguna enfermedad física actual, independiente del síndrome de abstinencia o la intoxicación.
- La necesidad de tratamiento requerida para evitar o reducir al mínimo los riesgos que esta enfermedad representa en la actualidad, para la recuperación del problema de dependencia de drogas.
- Detectar la existencia de trastornos crónicos que pueden afectar la evolución del trastorno por dependencia o de su tratamiento (Alfonso, 2004).

Los trastornos de personalidad, los trastornos de control de impulsos, los trastornos del estado de ánimo y la esquizofrenia son los que más frecuentemente acompañan al diagnóstico de trastorno por uso de sustancias (Torres, 2006).

Instrumentos de evaluación en adicciones (Ver capítulo de abordaje psicosocial).

Hoy en día se cuenta con un número significativo de test que complementan la historia clínica y clarifican el diagnóstico de trastorno por uso de sustancias. Dichas pruebas cuentan con validación internacional y son recomendadas en las guías de práctica clínica de todo el mundo.

Las más utilizadas son:

- **Assist-OMS:** Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias.
- **Audit-OMS:** Cuestionario de los trastornos debidos al consumo de alcohol.
- **CIWA-AR:** Test para valoración de intensidad de síndrome de abstinencia alcohólico.
- **Test de Fagerström:** Prueba para valorar la dependencia de la nicotina.
- **Test de Richmond:** Test de motivación para dejar de fumar.
- **Test de Glover-Nilsson:** Evalúa la dependencia psicológica de la nicotina.
- Índice de la dureza de fumar, de Heatherton y otros (1989).
- Escala del Síndrome de Dependencia de la Nicotina(NDSS).

Estos instrumentos son un complemento de la historia clínica, pero no la reemplazan y ella, en sí misma, es el instrumento clínico fundamental.

Exámenes de laboratorio

En muchas ocasiones será necesario solicitar exámenes de laboratorio. En este punto también cabe preguntarse cuál es la utilidad de estas pruebas y sus costos.

Estos exámenes deben solicitarse para confirmar una impresión diagnóstica o para evidenciar algunas alteraciones que pueden no ser obvias pero que se sabe son frecuentes en estos pacientes; por

ejemplo, las alteraciones del ácido úrico y el colesterol que se presentan en los pacientes alcohólicos crónicos.

Respecto a los exámenes confirmatorios de consumo de sustancias psicoactivas, deben reservarse para los pacientes con cuadros de intoxicación aguda en los que sea necesario clarificar las sustancias implicadas para tomar decisiones terapéuticas.

Con alguna frecuencia los padres de familia, directores de colegios y algunos terapeutas solicitan la realización de estas pruebas para corroborar sospechas de consumo o recaídas. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que estos exámenes cuenten con el consentimiento del paciente y que ninguna conducta clínica debe ser interpretada como una sanción:

El uso de una prueba analítica para desenmascarar el consumo de un paciente es, en principio, inaceptable tanto ética como prácticamente (ya que no aporta ninguna formación sobre las circunstancias, la frecuencia y las consecuencias del consumo, además de quebrar la relación médico paciente y vulnerar el principio ético de autonomía) (Zarco J. e., 2007).

En la tabla 4 de la siguiente página se mencionan las recomendaciones de laboratorio para estos pacientes y que fueron sugeridas por la APA (Kebler, 2006)

Otros exámenes se ordenarán de acuerdo con cada caso específico. Recordar que las pruebas para VIH/SIDA deben contar con el consentimiento del paciente y ofrecerle consejería antes y después de las pruebas.

Pruebas de detección de consumo

Las muestras biológicas que más se utilizan para detección de drogas son la sangre y la orina. Actualmente se cuenta con la detección en otro tipo de muestras como cabello, uñas, sudor y saliva, pero éstas no están disponibles habitualmente en Colombia.

Tabla 4. Pruebas de laboratorio para pacientes con TUS

Pruebas de laboratorio para pacientes con TUS						
Laboratorio	Paciente	Pacientes con tus severos	Mujeres en edad fértil	Alcohólicos	Fumadores	Usuarios de drogas inyectables
Hemoleucograma (HLG)		X		X		
Ionograma		X		X		
Prueba inmunológica de embarazo			X			
Perfil hepático completo (ALT-AST, bilirrubinas, GGT, fosfatasa alcalina, etc.)				X		
Niveles de vitamina B				x		
Sangre oculta en heces				X		
Radiografía de tórax					X	
Pruebas de función pulmonar					X	
Electrocardiograma					X	
Niveles sanguíneos o urinarios de cotinina					X	
VIH/SIDA						X
Hepatitis						X
Infecciones de transmisión sexual						X
HLG (Inf. ocultas).						X

Las pruebas de sangre son útiles para diagnosticar intoxicaciones agudas, pues los niveles en sangre pueden relacionarse, en algunas ocasiones, con el estado clínico del paciente; sin embargo, usualmente, cuando el paciente llega al servicio de salud, pueden haber transcurrido varias horas después del consumo y los niveles sanguíneos pueden haber descendido. Por ello, cuando se atienden personas con TUS, es preferible utilizar muestras de orina por cuanto el

riñón es la principal vía de eliminación de todas las drogas. Además, es una muestra biológica más sencilla que la sangre, y se pueden realizar pruebas cualitativas, que en poco tiempo confirman el consumo reciente de drogas y se detecta, la mayoría, hasta 72 horas después del consumo y algunas por más tiempo: los opiáceos hasta por 5 días y el cannabis hasta 20 ó 30 días después del último consumo (Bermejo A.M., 2010).

En los resultados de pruebas cualitativas pueden presentarse falsos positivos y falsos negativos y la presencia de la sustancia en la orina no es un criterio para diagnosticar adicción y ni siquiera consumo reciente, pues hay sustancias como la cannabis que se excretan en orina mucho tiempo después del último consumo. Estas pruebas pueden tener utilidad en el seguimiento de abstinencia en pacientes en tratamiento, pero después de haber pactado con ellos los objetivos de dicho seguimiento.

La tabla 5 ilustra los tiempos de detección en orina de diferentes sustancias.

Tabla 5. Tiempos de detección en orina de distintas sustancias

Tiempos de detección en orina de distintas sustancias	
Sustancia	Tiempo de detección en orina*
Alcohol	--
Anfetaminas	2-4 días o más
Benzodiacepinas	3 días o más
Cannabinoides	1-36 días o más
Cocaína	Hasta 72 horas
Opiáceos	2-5 días o más

*Tiempos aproximados

Modificada de (Bermejo A.M., 2010)

Plan de tratamiento

Teniendo en cuenta los datos obtenidos con la elaboración de la historia clínica, debe elaborarse un plan de tratamiento individual que contemple las acciones diagnósticas, terapéuticas, de educación y de seguimiento que se seguirán con el paciente.

Plan diagnóstico

En este apartado se consignan, además de los exámenes de laboratorio ya mencionados, las valoraciones por otros profesionales que se consideren necesarias para complementar el diagnóstico y definir el posterior tratamiento, por ejemplo, valoraciones por neurología, psiquiatría, psicología o neuropsicología, entre otros.

Plan terapéutico

Acá se registran las indicaciones terapéuticas planteadas para la resolución de los problemas que presenta el paciente, tales como las prescripciones farmacológicas, las recomendaciones sobre los cambios de hábitos, intervenciones educativas y motivacionales, etc.

Es importante pactar con el paciente los objetivos terapéuticos y el seguimiento que se le hará a los mismos y recordar que no sólo deben involucrar la abstinencia total o parcial de las drogas, sino la mejoría funcional familiar, laboral, académica y, en general, de los hábitos de vida.

Respecto a la terapia farmacológica, los medicamentos que se prescriben dependen de los diagnósticos, se tendrán en cuenta las posibles interacciones con otras medicaciones que el paciente esté recibiendo y sus condiciones económicas. El médico debe dar indicaciones claras, verbales y escritas, acerca de la posología de los medicamentos y sus posibles efectos adversos; recibir dicha información es un derecho del paciente. También es importante ser muy cautos con el manejo de ansiolíticos y tranquilizantes pues es bien conocido el potencial de abuso que puede presentarse en estos pacientes.

Es oportuno, además, que los profesionales de atención primaria se familiaricen y se capaciten en las técnicas de intervención breve, pues han mostrado ser útiles en el tratamiento de algunos de estos pacientes. Estos son los candidatos apropiados para estas intervenciones:

- Mantienen un uso ocasional de alcohol u otras drogas, así como de medicamentos sin prescripción médica.
- Realizan un consumo recreativo de alcohol y otras drogas, es decir, su consumo se centra y se concentra en tiempos y contextos de ocio.
- Hacen un uso abusivo de alcohol, medicamentos u otras drogas, pero no han desarrollado dependencia u otros problemas graves relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas.
- Presentan criterios de dependencia pero todavía no son capaces de reconocer su situación y la necesidad de acudir a tratamiento especializado.
- Personas que habiendo realizado tratamientos previos, han conseguido períodos de abstinencia considerables y se encuentran en situación de recaída. (Salvador T. y., 2010).

La intervención breve pretende ayudar a los pacientes a suspender o reducir su consumo de drogas y, por ende, los problemas asociados.

Los objetivos de la intervención varían con cada paciente y la duración de estas terapias se calcula entre 3 y 15 minutos; el número de sesiones también será variable pero limitado en el tiempo.

Los componentes de esta intervención son:

- Comentar con su paciente en qué consiste el problema, proporcionándole información sobre los límites del consumo seguro, según su grado de riesgo.
- Valorar la disposición del paciente para el cambio y actuar según cada caso.
- Negociar las metas y estrategias para el cambio (Salvador T. y., 2010).

Derivación de pacientes

Como una actividad del plan terapéutico se debe decidir qué acciones pueden emprenderse con el paciente desde la consulta de atención primaria y qué pacientes deben ser remitidos a otros niveles de atención.

La hospitalización puede ser necesaria cuando los pacientes presenten cuadros de intoxicación aguda, síndromes de abstinencia de intensidad moderada a severa, gran deterioro físico, depresiones severas con ideación suicida o cualquier patología, física o mental, que no sea susceptible de manejo ambulatorio.

Según la actualización de la Guía de atención en farmacodependencia del Ministerio de la Protección Social, el tratamiento ambulatorio puede ofrecerse a:

- Pacientes cuya evaluación muestra un grado de severidad manejable con los recursos disponibles en esta modalidad.
- Pacientes que han sido tratados en una modalidad más intensiva y que han evolucionado favorablemente, mejorando al punto de poderse beneficiar de los recursos disponibles en una modalidad de atención menos intensiva.
- Pacientes que aunque pudieran requerir mayor intensidad de atención, en la actualidad no están listos para acometer un tratamiento de manera completa.
- Pacientes con “diagnóstico dual”, que sufren trastornos mentales de severidad leve, o de severidad grave pero estables en la actualidad.

Se consideran criterios de exclusión para el tratamiento ambulatorio:

- La ocurrencia de cambios imprevistos en el funcionamiento del paciente que hagan improcedente la indicación de tratamiento en la modalidad ambulatoria.
- La evidencia recurrente de la incapacidad del paciente para beneficiarse del tratamiento en esta modalidad de atención” (Colombia, Ministerio de la Protección Social, 2004).

Por otra parte, los pacientes que requieren la modalidad de Comunidad terapéutica, llamada técnicamente Internamiento (Residencia) son los que:

- Necesitan suficiente tiempo y un ambiente que les proporcione estructura para recuperarse e integrar herramientas de afrontamiento.
- Requieran ser removidos de un lugar de habitación poco protector para reducir al mínimo su uso continuado de alcohol u otras sustancias.

- Presentan déficits funcionales que les impidan o dificulten el uso de las herramientas de recuperación; carezcan de responsabilidad personal o están desconectados del mundo laboral, educativo o de la vida familiar.
- Todavía no han logrado reconocer que tienen un problema con el alcohol o las sustancias psicoactivas.
- Se encuentran en un estado temprano de disposición al cambio y requieren de estrategias de motivación y monitoreo para prevenir su deterioro, comprometerlos en tratamiento y facilitar su progreso a través de los estadios de cambio hacia la recuperación.
- Presentan efectos muy significativos de los trastornos por uso de sustancias, con un grado de daño muy grande, en los que las estrategias de motivación y de prevención de recaídas en ambulatorio no son posibles o carecen de efectividad.
- Presentan trastornos cognitivos, temporales o permanentes, que dificultan sus relaciones interpersonales o el desarrollo de habilidades emocionales para el afrontamiento.
- Presentan problemas graves que constituyen una indicación en sí mismos, tales como senectud, afeción cognitiva, retardo en el desarrollo.
- Tienen necesidad de un programa que les proporcione suficiente tiempo para integrar lo aprendido y vivido en el tratamiento, en su vida cotidiana.
- Presentan ciertos problemas médicos que requieren ser ubicados en una casa de cuidados u otros establecimientos dotados con médicos en su equipo o con problemas psicológicos y sociales graves.
- Tienen relaciones interpersonales caóticas, con escaso soporte e incluso abusivas, extensas historias de tratamiento, problemas con la justicia, deficiente desempeño laboral y educacional, sistema de valores antisociales.
- Requieren de tratamiento integral con múltiples aspectos y relativa larga duración que pueda manejar los déficits educacionales y vocacionales del paciente, así como todos los problemas interrelacionados (Colombia, Ministerio de la Protección Social, 2004).

Generalidades sobre el manejo de intoxicaciones agudas y síndromes de abstinencia producidos por sustancias

En vista de que todas las sustancias citadas en este capítulo pueden producir intoxicaciones agudas, a continuación se mencionan aspectos del manejo general del paciente intoxicado.

- En el caso de las intoxicaciones por drogas y por las alteraciones mentales es importante disponer de un sitio seguro, tranquilo y libre de estímulos fuertes para el tratamiento de estos pacientes.

- Este tratamiento comienza con la estabilización del paciente, con el conocido sistema ABCD convencional (**A**ir way: vía aérea; **B**reathe: ventilación; **C**irculation: control circulatorio; **D**: Déficit neurológico).
- Los pasos que recomienda la Guía de manejo de urgencias toxicológicas son:
 - A. Vía aérea
 - B. Respiración
 - C. Circulación
 - D. Alteración del estado mental
 - E. Diagnóstico clínico
 - F. Antídoto-terapia
 - G. Descontaminación
 - H. Potenciar eliminación
 - I. Disposición (Gutiérrez M. , 2008)
- Cuando el paciente está estable se debe hacer la valoración y establecer un diagnóstico lo más claro posible.
- Posteriormente, se procede a la desintoxicación del paciente, teniendo en cuenta la vía de ingreso de la sustancia. En el caso de la descontaminación gastrointestinal es preciso recordar que no se recomienda la emesis en el caso de pacientes con intoxicaciones agudas por vía oral y que el uso del jarabe de ipeca está prohibido en Colombia. Y para el caso de las drogas, recordar que la alteración del estado de conciencia es también una contraindicación para la inducción del vómito, por el riesgo de bronco aspiración.
- Respecto al carbón activado, tener presente que absorbe pobremente el etanol, el metanol y los solventes y que su uso requiere de que los reflejos protectores de la vía aérea estén intactos o la vía aérea protegida por intubación. Las dosis repetidas de carbón activado están indicadas en la intoxicación por barbitúricos.
- En la actualidad no se recomienda el uso habitual de catárticos, sólo deben usarse cuando se vayan a utilizar dosis repetidas de carbón activado; los más utilizados son el manitol y el sulfato de magnesia.
- La irrigación intestinal puede utilizarse en pacientes que transportan bolsas de droga en su tracto gastrointestinal, desde que

no haya evidencia de toxicidad que haga pensar en la ruptura de las bolsas y que obligue a la intervención quirúrgica urgente.

- Para tratar de disminuir el tóxico circulante, en algunos casos se puede recurrir a la alcalinización de la orina (útil en metanol y barbitúricos). La acidificación no está indicada en ninguna intoxicación.
- La hemodiálisis puede ser necesaria en intoxicaciones severas con metanol, anfetaminas y barbitúricos. En algunos casos, también se utiliza la hemoperfusión (Gutiérrez M. , 2008).
- Según los Protocolos de manejo de pacientes intoxicados de la DSSA (Dirección Seccional de Salud de Antioquia), 2012, los siguientes son los criterios para remitir un paciente intoxicado a la UCI:

1. Convulsiones
2. Intubación de emergencia
3. Depresión respiratoria
4. Bloqueo auriculoventricular de II y III grado
5. Presión sistólica <80 mm Hg
6. Escala de coma Glasgow <12
7. Necesidad de diálisis de emergencia
8. Acidosis metabólica de difícil manejo
9. Edema pulmonar inducido por drogas o toxinas
10. Hipokalemia secundaria a intoxicación digitálica (Santamaría, 2012)

- Para el manejo antidotal en este tipo de pacientes, solo disponemos de tres antídotos, que son:

Tabla 6. Antídotos y drogas

Antídoto	Droga
Naloxona	Opioides
Flumazenil	Benzodiazepinas
Fisostigmina	Cacao sabanero (escopolamina)

- El uso adecuado de estos antídotos se mencionará en los capítulos correspondientes a las drogas involucradas.

- La utilización de otros medicamentos como vasopresores, antiarrítmicos, anticonvulsivos, etc., dependerá de la clínica de cada paciente.

Respecto al síndrome de abstinencia se debe tener en cuenta que los pacientes que utilizan múltiples sustancias están en riesgo de experimentar el síndrome de abstinencia de cada sustancia. Los factores que predicen la gravedad de un síndrome de abstinencia incluyen: 1) el tipo de sustancia utilizada, 2) el tiempo transcurrido desde último uso, 3) las tasas metabólicas de la sustancia, 4) las tasas de disociación de la sustancia de los sitios receptores, 5) los efectos sinérgicos o las interacciones con otros medicamentos prescritos o no prescritos, 6) la presencia o ausencia de trastornos médicos o psiquiátricos generales concurrentes, y 7) experiencias pasadas de abstinencia (Kebler, 2006).

El síndrome de abstinencia alcohólico es el más grave de todos porque puede llegar a ser mortal; la abstinencia de benzodiazepinas puede generar convulsiones y el síndrome de abstinencia a opiáceos, a pesar de ser muy florido, no amenaza la vida del paciente.

En algunos pacientes con síndromes de abstinencia leves a moderados, es posible hacer tratamiento ambulatorio, el cual se evalúa y se vigila mediante valoraciones médicas periódicas.

El tratamiento de los síndromes de abstinencia de cada sustancia se discutirán en las secciones correspondientes a cada droga.

Los pacientes que ingresen a los servicios de urgencias por intoxicaciones agudas y síndromes de abstinencia deben ser informados y motivados acerca de su enfermedad adictiva y las posibilidades de tratamiento.

Plan de seguimiento

En este plan se definen las estrategias para controlar la evolución de los problemas del paciente: programación de próximas citas, de-

finición de remisión a programa especializado de tratamiento, etc. La necesidad de nuevas consultas se determinará por las condiciones individuales. Obviamente aquellos pacientes que presentan patologías crónicas tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, artritis, etc., deben ser remitidos a los programas de control de enfermedades crónicas de sus respectivas entidades de salud. Siempre se debe tener presente la naturaleza crónica de las adicciones, lo que implica que el paciente tenga periodos de remisión y de recaída.

Plan de educación

Se registra la educación que se le da al paciente sobre su enfermedad, el pronóstico de la misma y su tratamiento. Los médicos tienen la responsabilidad de educar a los pacientes y sus parejas sobre la etiología y naturaleza de los TUS, los beneficios de la abstinencia, el riesgo de desarrollar otras adicciones (por ejemplo, a otras sustancias, a las adicciones comportamentales, como el juego patológico), la identificación de los factores desencadenantes de recaídas, la disponibilidad de opciones de tratamiento, y el papel de la familia y amigos para ayudar u obstaculizar la recuperación (Kebler, 2006). Además de los TUS es preciso educar sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual, exámenes para detección precoz de cáncer, hábitos alimenticios, actividad física, higiene del sueño, etc. Para nadie es un secreto que la prevención es y seguirá siendo la mejor estrategia en salud; sin embargo, se sigue subestimando el papel del médico como educador.

Duración de la evaluación clínica

Después de desplegar el tema, se puede deducir fácilmente que el tiempo requerido para las consultas puede ser variable, pero este tipo de evaluación no puede hacerse en 15 ó 20 minutos, que es el tiempo que actualmente se acostumbra asignar para la atención médica.

A manera de conclusión de este capítulo se puede afirmar que la evaluación clínica es apenas un paso en el tratamiento integral del paciente consumidor de sustancias psicoactivas, y que su utilidad va más allá de la asignación de un diagnóstico y de la formulación de medicamentos, pues la consulta médica puede y tiene que convertirse en un acto terapéutico *per se*.

Para recordar:

- La historia clínica es el principal instrumento para el diagnóstico de trastornos por uso de sustancias.
- Debe ser minuciosa, cálida, respetuosa, confidencial, sin juicios, técnica.
- Para saber qué preguntar y qué buscar hay que conocer los efectos agudos y crónicos producidos por las drogas.
- Sistemas internacionales de clasificación de enfermedades:
 - DSM-V
 - CIE-10 (este es el que se utiliza en Colombia para la codificación de los diagnósticos).
- Existen instrumentos para complementar el diagnóstico de TUS. No reemplazan la historia clínica.

Diagnósticos en atención primaria:

- Intoxicación aguda, síndrome de abstinencia, trastornos por uso de sustancias (leves, moderados y severos), comorbilidad orgánica, comorbilidad psiquiátrica.
- Exámenes de laboratorio de acuerdo con la clínica (tener en cuenta las drogas consumidas).

Pruebas de detección de drogas:

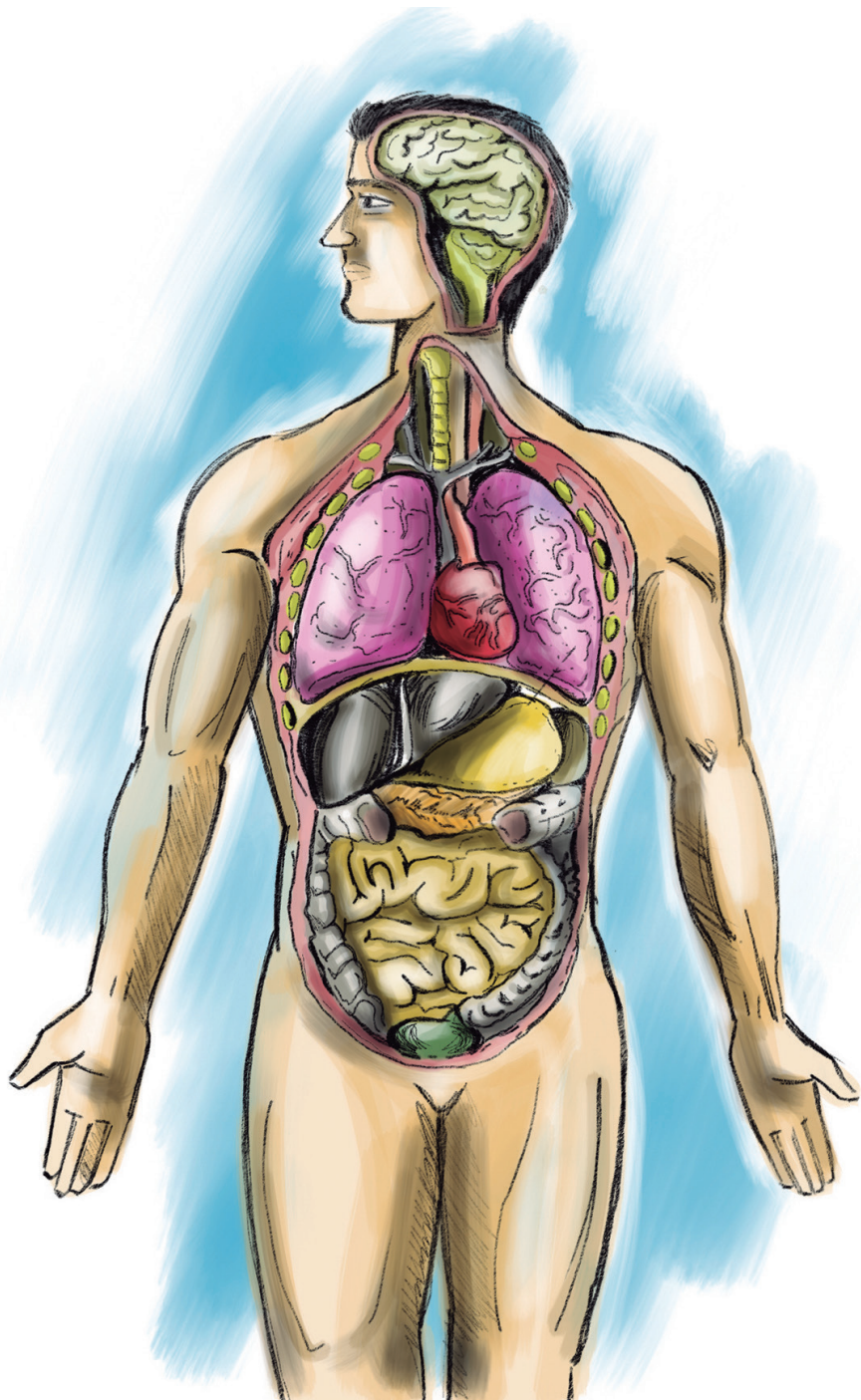
- Las más utilizadas son las cualitativas en orina: útiles en intoxicaciones agudas, para seguimiento de tratamientos; hay que tener cuidado con la interpretación, tener en cuenta tiempos de eliminación de las drogas; siempre con el consentimiento del paciente.

- Plan de tratamiento: diagnóstico, terapéutico, seguimiento, educación.
- Tener cuidado con la prescripción de ansiolíticos e hipnóticos en pacientes con TUS.

Manejo general del paciente intoxicado:

- Estabilización (ABCD)
- Valoración
- Descontaminación
- Antídotos:
 - Benzodiacepinas: Flumazenil
 - Opiáceos: Naloxona
 - Escopolamina: Fisostigmina
- (Antídotos sólo en casos especiales).
- En casos de intento suicida: valoración psiquiátrica.
- Otros medicamentos para manejo sintomático.

Para todos los pacientes: educación, entrevista motivacional, intervención breve y remisión (de acuerdo con cada caso).



Efectos agudos y crónicos del consumo de drogas

Alcohol

Introducción

La obtención de bebidas alcohólicas por fermentación de productos vegetales es tan antigua como la agricultura. El uso del alcohol con fines rituales, terapéuticos y recreativos ha sido una constante en casi todas las culturas; en la judeocristiana, el vino es un elemento de primordial importancia pues representa la sangre de Cristo en el ritual de la eucaristía; además, personajes como Noé y Lot son “borrachos” bíblicos famosos. Está documentado el consumo de bebidas embriagantes entre los indígenas desde antes del descubrimiento de América.

La destilación se popularizó en el siglo XVII con la aparición del coñac y desde entonces el alcohol se convirtió en una droga de abuso a gran escala en Europa.

Desde comienzos del siglo XIX se empezó a concebir el alcoholismo como enfermedad y dicho término fue creado por el médico sueco M. Huss en 1849, pero en 1955 la Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualizó dicho cuadro clínico como “incapacidad de abstenerse”; actualmente esta enfermedad recibe el nombre de síndrome de dependencia del alcohol.

La primera clínica para beodos fue creada en Boston en 1841 y en 1956 se fundó en Medellín el primer grupo nacional de Alcohólicos Anónimos (Giraldo A. , 2008).

En la actualidad, el alcohol es considerado como la sustancia psicoactiva más consumida y de uso más extendido en todo el mundo, razón por la cual el alcoholismo es un problema de salud pública mundial.

Tipos de bebidas de alcohólicas

Las bebidas alcohólicas contienen diferentes grados de etanol o alcohol etílico. El método por el cual se obtenga la bebida determinará su concentración.

A continuación se muestra la graduación de las bebidas alcohólicas:

Tabla 7. Grados de alcohol de diferentes bebidas

Nombre	Grados de alcohol
Cervezas	4 - 10°
Vinos	11- 18°
Licores dulces	20 - 35°
Destilados*	36 - 45°

*Incluye coñac, brandy, ginebra, ron, anís, whisky y otros aguardientes.

Los grados de alcohol corresponden a la expresión porcentual en volumen de alcohol de la bebida o solución. Una bebida de 10 grados, contiene 10 ml de etanol por cada 100 ml de solución.

Para obtener el número de gramos de alcohol contenidos en la solución, es suficiente con multiplicar el número de mililitros por la densidad del etanol (0.79 g/ml). 100 ml de una bebida de 12 grados contienen 12 ml de etanol que corresponde a 9.36 g (12 x 0.78).

Definición de UBE (Unidad de Bebida Estándar)

La UBE es una manera de cuantificar la cantidad de alcohol consumida por un sujeto. En España y Estados Unidos equivale a 10 gr de alcohol puro, mientras que en el resto de Europa equivale a 8 gr. Una UBE en España equivale a:

- Un vaso de cerveza de 250 ml y 5% de alcohol
- Una copa de 100 ml de vino y 12 % de alcohol
- Una copa de 50 ml de vino de 18% de alcohol
- Una copa de 25 ml de licores destilados

Estas medidas sirven para clasificar la gravedad del consumo:

- **Consumo de bajo riesgo:**
 - Hombres: 0-16 UBEs/semana.
 - Mujeres: 0-10 UBEs/semana.
 - Menores de 18 años: 0 UBEs/semana.
- **Consumo peligroso o zona gris:** los efectos de este consumo no están claros.
 - Hombres: 17-28 UBEs/semana.
 - Mujeres: 11-17 UBEs/semana.
- **Consumo de riesgo:**
 - Hombres: >28 UBEs/semana o 6 UBEs/24 horas al menos una vez al mes, aunque el consumo semanal sea inferior a 17 UBEs.
 - Mujeres: >17 UBEs/semana o 5 UBEs/24 horas al menos una vez al mes, aunque el consumo semanal sea inferior a 28 UBEs. Cualquier grado de consumo si (hay) antecedentes familiares de alcoholismo, menores, embarazo y lactancia. (Pereiro, 2010).

Aspectos farmacocinéticos

El etanol ingresa al organismo generalmente por vía oral. La absorción (paso a la sangre) ocurre principalmente en el intestino delgado, en duodeno y yeyuno proximal. Los factores más influyentes en la velocidad de absorción son:

- **Concentración.** A mayor concentración de alcohol en la bebida, mayor absorción.

- Alimentos. La presencia de éstos retarda la absorción, específicamente las comidas grasas.
- Aditivos. Mientras mayor sea la cantidad de estas sustancias la absorción será más lenta.

La gran solubilidad del alcohol en agua y grasas le permite distribuirse rápidamente en todos los tejidos. La mayor parte de su proceso biotransformativo se realiza en el hígado. Atraviesa la barrera hematoencefálica y la placenta, y se excreta en la leche materna. Aproximadamente un 5- 15% del etanol absorbido se elimina sin modificar a través del aire espirado (tufo), la orina y la sudoración. Una proporción menor se excreta por medio de las heces.

Interacción con medicamentos

Aunque el tema de la interacción de los medicamentos con el etanol escapa a los objetivos de este capítulo, es importante revisar la interacción con algunos medicamentos que pueden generar intoxicaciones y complicaciones de magnitud variable.

El Antabuse® es uno de los nombres comerciales del disulfiram, medicamento que se ha utilizado como terapia aversiva en los abusadores de alcohol. Esta sustancia e inhibela acetaldéhidó deshidrogenasa, enzima encargada del metabolismo oxidativo del alcohol y produce un incremento en los niveles de acetaldéhidó, lo cual se traduce clínicamente en síntomas como enrojecimiento facial, prurito, diaforesis, vértigo, dolor de cabeza, náuseas y, en los casos más graves, alteraciones cardiovasculares, neurológicas o psiquiátricas.

Los medicamentos que pueden producir estas reacciones son: antibióticos tales como las cefalosporinas, cefotetan, moxalactam, cloramfenicol, furazolidona, griseofulvina, ketoconazol, metronidazol y sulfonamidas; hipoglicemiantes como la acetoheximida, clorpropamida, cefamandole, tolazamida y tolbutamida y otros medicamentos como el dinitrato de isosorbide, el hidrato de cloral, la glicípida y la nitroglicerina (Gómez U. , 2000).

Como dato histórico se puede mencionar que el metronidazol, también fue utilizado en tiempos pasados como terapia aversiva para la dependencia de alcohol.

A continuación se describen otras interacciones:

- Acetaminofén: hepatotoxicidad importante a dosis terapéuticas en alcohólicos crónicos.
- Ácido acetilsalícílico: riesgo de lesión de mucosa gástrica y de hepatotoxicidad.
- Otros antibióticos (diferentes a los mencionados en la reacción antabuse): anulación del efecto antibiótico.
- Anticoagulantes: disminución del efecto en alcohólicos crónicos.
- Cimetidina: aumento del efecto depresor del alcohol.
- Cicloserina: aumento del efecto depresor del alcohol y convulsiones.
- Digoxina: disminución del efecto de la digoxina.
- Guanadrel: aumento del efecto sedante y la hipotensión ortostática.
- Glutetimida: aumento de la depresión del sistema nervioso central (efectos aditivos).
- Heparina: incremento del riesgo de hemorragia.
- Hipoglucemiantes, sulfonilureas: ingesta aguda: el alcohol puede aumentar el efecto hipoglucemiante de las sulfonilureas.
- Ingesta crónica: puede disminuir el efecto hipoglucemiante de estos medicamentos.
- Isoniazida: incremento de la toxicidad hepática.
- Litio: incremento de la toxicidad del litio.
- Metrotrexate: aumento de daño hepático en personas con alcoholismo crónico.
- Nitroglicerina: posible hipotensión.
- Fenformina y metformina: efecto sinérgico en la acidosis láctica.
- Fenitoína: ingesta aguda de alcohol: puede aumentar el efecto tóxico de la fenitoína.
- Penicilina G: disminución de la actividad farmacológica de la penicilina G.
- Tetraciclinas: disminución del efecto de la doxiciclina.

- Warfarina: disminución de la actividad farmacológica de la warfarina.
- Recordar efecto sinérgico de todos los depresores, tener presentes benzodiazepinas, barbitúricos, antihistamínicos, opioides, fenotiazinas. (Salvador, 2010).

Mecanismo de acción

Aunque no se sabe con certeza cuál es el mecanismo intrínseco de acción que lleva al abuso de alcohol, se cree que los neurotransmisores que tienen una mayor implicación en la acción de esta sustancia son el GABA y el NMDA.

El receptor GABA A, parece ser el más importante en la acción del alcohol, aunque no todos estos receptores son susceptibles al efecto del alcohol por la variedad de subunidades que constituyen este receptor.

La interacción del alcohol con el sistema gabaérgico explicaría la tolerancia cruzada que se presenta con otras sustancias como las benzodiazepinas y los barbitúricos que actúan en el mismo complejo macromolecular.

El abuso de alcohol está relacionado, al igual que el abuso de otras sustancias, con la dopamina y los sistemas cerebrales de recompensa.

La serotonina también se ve afectada por el consumo crónico de alcohol, puesto que se presenta inicialmente un aumento en la liberación de este neurotransmisor y posteriormente reducción del mismo porque se presenta tolerancia al efecto de liberación. Lo anterior podría explicar la utilización de fármacos con actividad serotoninérgica en el tratamiento del alcoholismo.

Finalmente, se sabe que el sistema opioide también se encuentra involucrado en el desarrollo de la dependencia del alcohol, pues, al parecer, las endorfinas se encuentran implicadas en la motivación

para el consumo de alcohol, puesto que su ingesta estimula los receptores opioides, aumenta la liberación de endorfinas produciendo una sensación de bienestar y un refuerzo positivo que lleva al paciente a continuar bebiendo. Por lo tanto, se cree que el sistema opioide está involucrado tanto en el deseo vehemente (craving), como en las recaídas del sujeto alcohólico. (Ladero J. y., 2009).

Cuadros clínicos asociados con consumo de alcohol

Intoxicación aguda

Es la intoxicación más frecuente atendida en los servicios de urgencias, aunque la mayoría de las personas intoxicadas con alcohol no buscan ayuda médica y como menciona la Guía clínica del MinSalud, para todos los trastornos relacionados con alcohol existe un gran subregistro en los servicios de salud:

A pesar de la gravedad y el impacto global de los trastornos relacionados con el alcohol, estas entidades son subdiagnosticadas; algunos estudios reportan que a pesar de que el consumo de alcohol está presente en el 20% a 50% de todos los pacientes hospitalizados, solo un 5% son diagnosticados (Colciencias, 2013).

El principal efecto del etanol es la depresión del sistema nervioso central, aunque en una fase inicial puede observarse un efecto estimulante explicable por la depresión de los sistemas inhibidores cerebrales.

El grado de intoxicación se corresponde con la alcoholemia (niveles de alcohol en sangre); sin embargo, en sujetos consumidores habituales y que han desarrollado tolerancia (necesidad de incrementar las dosis) se pueden mantener conductas aparentemente normales a pesar de niveles elevados de alcoholemia. A continuación se mencionan algunos posibles síntomas relacionados con las cifras de alcoholemia:

Tabla 8. Relación entre alcoholemia y sintomatología

Alcoholemia	Clínica	Clínica en bebedor crónico	Grado de embriaguez. Resolución 414 de 2002
20-30 mg%	Euforia, incoordinación motora leve-moderada, aliento alcohólico, nistagmos.	Poco efecto	Primer grado
40-99 mg%	Confusión desinhibición. Emocional, nistagmos horizontal, hiperreflexia, hipoestesia, ataxia moderada, dificultad para la unipedestación.		
100-149 mg%	Ataxia, alteración de concentración, juicio y análisis, hipotensión y taquicardia moderadas.	Euforia, incoordinación motora.	Segundo grado
150-299 mg%	Incoordinación motora severa, reacción prolongada, hiperreflexia, diplopía, disartria, pupilas midriáticas y con reacción lenta a la luz, náuseas, vómito, somnolencia.	Cambios comportamentales, Agresividad.	Tercer grado
300-400 mg%	Depresión neurológica severa, disartria muy marcada, hipotermia, pulso filiforme, amnesia, imposibilidad para la marcha, convulsiones, pupilas midriáticas no reactivas a la luz, depresión cardiorrespiratoria, coma y muerte.	Somnolencia Mayor de 400 estupor y coma.	

Tomada de la Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol. Ministerio de Salud y Colciencias, 2013.

Dada la alta accidentalidad de tránsito asociada con el consumo de alcohol, es menester tener presente que, desde la primera fase de intoxicación, es posible que se afecte la capacidad para conducir correctamente.

La alcoholemia en pacientes con intoxicación aguda por alcohol no es un examen que se requiera de rutina y debe reservarse solo para aquellos casos con implicaciones legales.

“Guayabo o resaca”

El guayabo o resaca es el efecto inevitable de la intoxicación alcohólica aguda, al cual contribuyen la deshidratación, la irritación de la mucosa gástrica, la vasodilatación cerebral y los efectos musculares del alcohol. Además, se produce un cuadro clínico caracterizado por dolor de cabeza, sed intensa, dolores musculares, inestabilidad emocional y mialgias, que puede durar varias horas después del consumo (Ladero J. y., 2009).

Tratamiento de la intoxicación etílica

La intoxicación etílica aguda, a veces, es subestimada por la aceptación social del consumo de alcohol; sin embargo, ésta puede ser mortal, sobre todo cuando se acompaña de traumatismos cerebrales que, en un primer momento, pueden no ser evidentes; por lo tanto, dicha intoxicación debe tener una adecuada valoración inicial y un seguimiento minucioso.

Cuando un paciente asiste a un servicio de urgencias por una intoxicación aguda por alcohol, se debe aprovechar esta oportunidad para aplicarle los instrumentos específicos para el diagnóstico de trastornos por uso de alcohol y motivarlo al tratamiento en caso de que se presenten.

A continuación se citan literalmente las recomendaciones para el manejo de la intoxicación aguda por alcohol de la Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol, del Ministerio de Salud y Protección Social, pues éste es el esquema que se ha de adoptar por todas las instituciones prestadoras de servicios de salud que atiendan en el territorio nacional.

Cada recomendación tiene la valoración realizada de acuerdo con el sistema Grade.

6. Manejo del paciente con intoxicación aguda por alcohol.

6.1 En personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol que puedan ser manejados con hidratación por vía oral, se recomienda administrar suero oral.

Recomendación débil en favor de la intervención

6.1.1 No se recomiendan agua pura, bebidas gaseosas, estimulantes, hidratantes comerciales ni bebidas energizantes.

Recomendación débil en contra de la intervención

6.2 En personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol que presenten fiebre (temperatura mayor a 38°C), deshidratación moderada o severa, intolerancia a la vía oral, o signos compatibles con embriaguez grado dos en adelante se recomienda realizar hidratación por vía parenteral con cristaloides isotónicos.

Recomendación fuerte en favor de la intervención

6.3 En personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol que ameriten observación hospitalaria (ver Algoritmo de manejo del paciente con intoxicación aguda por alcohol, anexo 2) se recomienda monitorizar el estado clínico cada cuatro horas, tomar signos vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura), realizar examen físico completo y calcular el gasto urinario (cantidad de orina eliminada por unidad de tiempo. En un adulto normal es de 0,5 a 1 ml x kg x hora). No se requiere sonda vesical (control de líquidos).

Recomendación débil en favor del curso de acción

6.4 En pacientes que presenten estupor, signos de focalización neurológica o compromiso hemodinámico, se inicia hidratación vía parenteral con cristaloides isotónicos y considerar remisión a una institución de mayor nivel de complejidad.

Recomendación débil en favor de la intervención

6.5 En pacientes mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol no se recomienda la toma rutinaria de electrolitos.

Recomendación débil en contra del curso de acción

6.5.1 Solicitar niveles de sodio y potasio en pacientes con deshidratación severa o múltiples episodios de emesis, y niveles de magnesio en pacientes

con antecedente de arritmia cardiaca o consumo crónico de alcohol. La reposición de electrolitos solo debe considerarse cuando se confirme una alteración a través de exámenes de laboratorio.

Recomendación débil en favor del curso de acción

6.6 En personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol no se recomienda el lavado gástrico.

Recomendación fuerte en contra del procedimiento

6.7 No se recomienda administrar carbón activado de manera rutinaria, excepto en pacientes en los que se sospeche o se conozca intoxicación medicamentos asociada.

Recomendación fuerte en contra de la intervención

6.8 En personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol se recomienda el uso de medicamentos como analgésicos, antieméticos y protectores de la mucosa gástrica solo cuando los síntomas lo ameriten.

Recomendación débil en favor de la intervención

6.9 En personas mayores de 18 años con intoxicación aguda por alcohol no se recomienda el uso de diuréticos.

Recomendación fuerte en contra de la intervención

6.10 Adicional a las medidas de soporte (observación, hidratación y tratamiento sintomático) no se recomienda en el paciente con intoxicación aguda el uso de neurolépticos de manera rutinaria.

Recomendación fuerte en contra de la intervención

6.11 No se recomienda la solicitud de rutina de neuroimágenes en pacientes con intoxicación aguda por alcohol.

Recomendación débil en contra del curso de acción

6.12 Considerar la necesidad de tomar una TAC (tomografía axial computarizada) cerebral en pacientes con un cuadro de intoxicación aguda por alcohol ante la presencia de examen neurológico con signos de focalización o antecedente de trauma; en dichos casos, la remisión del paciente para manejo en una institución de mayor complejidad.

Recomendación débil en favor del curso de acción (Colciencias, 2013).

Complicaciones crónicas del uso de alcohol

Aunque el tratamiento de los trastornos severos y moderados por alcohol escapa a los objetivos de este capítulo, es necesario conocer

los efectos crónicos del consumo de alcohol para estar atentos en la atención de pacientes que puedan padecer estas patologías.

El principal efecto del consumo crónico de alcohol es el desarrollo de la enfermedad llamada alcoholismo. Jellineck propuso, en 1952, la existencia de cuatro fases evolutivas en el desarrollo de esta patología, a saber:

- Fase “prealcohólica”: El consumo se inicia por motivación social, se manifiesta por alivio de las tensiones y no genera ningún problema personal ni social.
- Fase “prodrómica”: Se caracteriza por aumento de la tolerancia y presencia de “lagunas” (amnesia alcohólica).
- Fase “crucial o crítica”: Caracterizada por la pérdida del control después de empezar a beber. Comienzan a evidenciarse problemas familiares y sociales. Existe culpabilidad e intentos fallidos por lograr periodos prolongados de abstinencia.
- Fase “crónica”: Consumo casi a diario; ingestión en ayunas de cualquier solución que contenga alcohol; embriaguez prolongada y gran deterioro físico, psicológico y social.

Esta clasificación pretende resaltar el carácter progresivo de esta enfermedad; sin embargo, no todas las personas evolucionan de la misma manera, puesto que existen individuos capaces de abstenerse por periodos largos pero que, cuando inician el consumo de licor pierden totalmente el control (Martín M., 2009).

Si bien esta clasificación sigue siendo útil para fines pedagógicos, es oportuno tener presente que todos los pacientes evolucionan de manera individual, que no todos llegan a trastornos severos y que muchos pasan por largos periodos de abstinencia en la evolución de su enfermedad.

En el DSM-IV, se utilizaban los términos abuso y dependencia de alcohol y, éste último, es una patología de mayor gravedad que se caracteriza por la presencia de algunas de estas alteraciones: tolerancia; síndrome de abstinencia; aumento en la cantidad y frecuencia

de consumo; deseo persistente de beber o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo; empleo de mucho tiempo en la obtención, consumo o recuperación de los efectos del alcohol; disminución de actividades sociales, laborales o recreativas por el consumo y persistencia del consumo, a pesar de tener conciencia de los problemas psicológicos o físicos recidivantes o permanentes ocasionados o incrementados.

En el DSM-V, ya no se habla de abuso y dependencia sino de trastornos leves, moderados y severos, de acuerdo con el número de criterios que cumpla el paciente (ver Criterios diagnósticos DSM-V) y, además, se incluye el craving (“ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol”) como criterio para diagnóstico. (APA, Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-V, 2013).

El etanol es soluble en agua y grasas y, por lo tanto, se distribuye por todos los tejidos, lo que explica la presencia de afecciones en todos los órganos y se resumen a continuación:

- **Sistema inmune:** El alcohol predispone a infecciones bacterianas y virales e incrementa su severidad. Son frecuentes las infecciones pulmonares y muy específicamente la tuberculosis.
- **Hipoglicemia:** Si esta condición es muy prolongada puede ser causa de secuelas permanentes y muerte.
- **Sistema digestivo:** Es común la presencia de queilitis, gingivitis, reflujo gastroesofágico, gastritis, síndrome de Mallory-Weiss y problemas de mala absorción de nutrientes en bebedores crónicos.
 - **Enfermedad hepática alcohólica:** Se presentan en varias etapas, así:
 - Hígado graso (esteatosis alcohólica)
 - Hepatitis alcohólica
 - Cirrosis

Sólo el 10-15 % de los alcohólicos desarrolla hepatopatía alcohólica y las mujeres son más susceptibles a padecer este trastorno, posiblemente porque poseen una menor cantidad de alcohol deshidrogenasa en su mucosa gástrica (Plan Nacional sobre drogas, 2007).

La primera fase de la enfermedad hepática por alcohol puede cursar asintomática, pero en la fase de hepatitis alcohólica la sintomatología es cada vez más florida: náuseas, vómito, dolor abdominal, pérdida de peso, ictericia y una gran cantidad de manifestaciones extrahepáticas (desnutrición, artritis, pancreatitis, etc.). La cirrosis es la etapa final de la enfermedad hepática alcohólica, es irreversible y tiene una mortalidad global superior al 50% a los cuatro años del diagnóstico. La cirrosis puede acompañarse, en ocasiones, de várices esofágicas que pueden romperse y causar hemorragias digestivas severas. En el desarrollo de cirrosis en alcohólicos hay una gran influencia genética.

- **Páncreas:** Los alcohólicos hacen parte de un grupo que tiene los más altos riesgos para desarrollar pancreatitis, tanto aguda como crónica.

Los problemas digestivos son los que con mayor frecuencia llevan a los pacientes a consultar al sistema de salud (Plan Nacional sobre drogas, 2007), razón por la cual el médico de atención primaria debe estar muy atento para hacer un diagnóstico precoz de trastornos relacionados con el uso de alcohol.

- **Sistema músculo-esquelético:** Es frecuente encontrar dolores musculares, inflamación y debilidad que pueden evolucionar en los casos graves a atrofia muscular y necrosis. La gota es una especie de artritis que se presenta comúnmente en los alcohólicos y que se produce por un aumento del ácido úrico. También existe una relación dosis dependiente entre el riesgo de sufrir osteoporosis y fracturas y el consumo de alcohol (Pereiro, 2010).
- **Sistema sanguíneo:** Todas las células sanguíneas se ven afectadas por el alcoholismo y es habitual encontrar anemia y alteraciones de las defensas ya mencionadas y en el proceso de coagulación. La anemia megaloblástica es la que con más frecuencia se presenta en los alcohólicos y está asociada con el déficit de vitamina B12 o de ácido fólico, situación frecuente en los alcohólicos por la mala nutrición (Plan Nacional sobre drogas, 2007).
- **Sistema respiratorio:** El efecto irritante y vasodilatador del alcohol, sumado a las alteraciones en las defensas, son los responsables de la incidencia aumentada de patología pulmonar en

los alcohólicos, sobre todo neumonías. Muchos alcohólicos son, también fumadores, lo que explica la presencia incrementada de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en estos individuos.

- **Sistema endocrino:** En los hombres se puede presentar ginecomastia, atrofia testicular, disminución en la cantidad y calidad de los espermatozoides, pérdida del vello pectoral y axilar, pérdida del interés sexual e impotencia.

En las mujeres se observan alteraciones en los ciclos menstruales, anovulación, secreción mamaria en no embarazadas y menopausia precoz.

- **Sistema cardiovascular:** La ingestión crónica de alcohol altera las funciones mecánicas y las propiedades electro-fisiológicas cardíacas y se hacen frecuentes la cardiomiopatía dilatada y las alteraciones del ritmo cardíaco, aunque existen otros factores genéticos, infecciosos y ambientales que concurren para la aparición de esta cardiomiopatía.

El consumo crónico de etanol puede llevar a elevaciones de la presión arterial hasta por tres semanas y triplicar el riesgo de enfermedades cerebrovasculares particularmente en personas jóvenes. El consumo excesivo de alcohol se suma al abuso de tabaco, como factores de riesgo cardiovascular.

- **Sistema neurológico:** Se produce atrofia cerebelar; **encefalopatía de Wernicke** (trastornos de los músculos oculares, pérdida del equilibrio y confusión mental); **psicosis de Korsakoff** (caracterizada por pérdida marcada de la memoria); alteraciones visuales; neuropatía (dolor, calambres, hormigueo, atrofia muscular, pérdida de la función de alguna de las extremidades) y demencia. Es importante recordar que éstos son estadios diferentes del mismo proceso y que ambas están relacionadas con el déficit de tiamina. Cuando se atienden pacientes alcohólicos en urgencias se debe tener presente que el síndrome de Wernicke Korsakoff puede desencadenar en pacientes de riesgo, de forma aguda, si se utiliza glucosa vía endovenosa o una carga grande de hidratos de carbono (Plan Nacional sobre drogas, 2007); Otros trastornos potenciales en el sistema nervioso son: demencia alcohólica, polineuropatía, beriberi, pelagra, etc.

- **Alcohol y cáncer:** Al parecer, el efecto del alcohol en relación con el cáncer tiene que ver más con un efecto cancerígeno potenciador. Existe un riesgo aumentado de padecer cáncer de cabeza, cuello, esófago, hígado y estómago.
- **Síndrome alcohólico fetal:** El alcohol es directamente tóxico para el feto en todas las etapas de su desarrollo, pero especialmente en la fase embrionaria, durante el primer trimestre. El síndrome está constituido por retraso del crecimiento intra y extrauterino; alteraciones del sistema nervioso central (retraso mental, irritabilidad e hiperactividad, disminución del tono muscular), anomalías craneo faciales (macro, micro o hidrocefalia; ojos muy pequeños y muy separados, etc.) y otras malformaciones congénitas, especialmente en lo atinente a lo cardíaco y, en menor grado, en lo genito-urinario (Giraldo A. , 2008).
- **Suicidio:** Varios autores mencionan la relación directa que existe entre el consumo abusivo de alcohol y el riesgo suicida.
- **Complicaciones sociales:** Problemas familiares (abandono, violencia, divorcios, etc.); problemas laborales (mayor ausentismo, disminución de rendimiento laboral y accidentes) y problemas judiciales (violencia, conducción de vehículos bajo efecto de alcohol).

Si se tienen en cuenta los daños potenciales mencionados para el consumo crónico de alcohol, es menester considerar los signos de consumo excesivo de alcohol cuando se realiza el examen físico:

- Arañas vasculares
- Telangectasias faciales
- Inyección conjuntival
- Hipertrofia parotídea
- Temblor lingual
- Eritema palmar
- Temblor de manos
- Contractura de Dupuytren
- Neuropatía periférica
- Ginecomastia
- Circulación colateral superficial (signo de la cabeza de medusa)
- Ascitis

- Hepatomegalia
- Esplenomegalia
- Ictericia
- Desnutrición
- Hipertensión
- Alteraciones cognitivas (Colciencias, 2013).

Mientras más se presenten estos signos, existe mayor probabilidad de que haya un alcoholismo crónico.

Instrumentos diagnósticos en pacientes alcohólicos

Además de la historia clínica exhaustiva, se deben recordar los instrumentos de detección que existen para el diagnóstico de alcoholismo. (Ver capítulo de abordaje psicosocial).

A continuación se enumeran los más recomendados:

- CAGE: Test breve para diagnóstico de alcoholismo, basado en cuatro preguntas.
- Audit: Cuestionario de los trastornos debidos al consumo de alcohol.
- Audit-C: Versión abreviada del anterior.
- ISCA: Interrogatorio sistematizado de consumo de alcohol.

Se deben tener en cuenta algunos marcadores biológicos que se consideran sugestivos de problemas con el alcohol y que, aunque no se recomiendan de rutina, cuando se hacen, pueden orientar el diagnóstico:

- Elevación del Volumen Corpuscular Medio (VCM)
- Elevación de la GammaGlutamilTransferasa (GGT)
- Aumento de transaminasas (AST yALT).En las hepatopatías provocadas por el alcohol el cociente ALT/AST suele ser superior a dos.
- Aumento de la Transferrina deficiente de carbohidratos (CDT)

De todos estos marcadores la CDT parece el más valioso, incluso se considera que su combinación con la GGT permite establecer un valor predictivo del 100% en consumos superiores a 60 gramos de alcohol por día

(Chen et al. 2003). Sin embargo, no existe un consenso internacional para interpretar de forma conjunta múltiples resultados de laboratorio y, además, las distintas formas de evaluar la CDT no tienen la misma fiabilidad (Scouller et al. 2000). Los últimos estudios recomiendan combinar CDT / GGT / VCM (Hock et al. 2005) (Pereiro, 2010).

Síndrome de abstinencia

Las personas que consumen alcohol de manera intensa y prolongada y que disminuyen o suspenden de forma abrupta la ingesta, pueden experimentar diversos síntomas físicos y psíquicos desagradables, los cuales reciben el nombre de síndrome de abstinencia. El inicio ocurre generalmente a las 12 horas de la disminución o suspensión del consumo, se presenta la sintomatología más intensa entre las 36 y 72 horas y puede durar entre 10 y 14 días.

Criterios SAA DSM-5

- A. Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio A:
 - (1) Hiperactividad autonómica
 - (2) Temblor distal de las manos
 - (3) Insomnio
 - (4) Náuseas o vómitos
 - (5) Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
 - (6) Agitación psicomotora
 - (7) Ansiedad
 - (8) Crisis comiciales de gran mal

El síndrome puede ser progresivo y la última fase se complica con convulsiones y es la etapa comúnmente conocida como ***delirium tremens***. La mortalidad estimada para este último cuadro es del 10% en los pacientes no tratados, lo que resalta la necesidad de conocer e identificar esta patología como una urgencia médica (requiere atención médica inmediata).

Los síndromes de abstinencia moderado y severo requieren manejo hospitalario para ayudar al individuo a superar la dependencia

física del alcohol y es, en muchos casos, el primer paso en el tratamiento de los pacientes dependientes de alcohol (Giraldo A., 2008). Respecto a la epidemiología del síndrome de abstinencia alcohólica se presenta en sujetos entre 20 y 70 años, la edad media promedio son los 45 años, es más frecuente en hombres que en mujeres, se asocia con comorbilidades psiquiátricas tales como ansiedad, TAB, depresión y, lo más importante, en los pacientes con *delirium tremens*, la mortalidad estimada es del 5% con tratamiento médico y hasta 20 a 25% sin tratamiento (Botero, 2014).

A continuación se presentan las recomendaciones de la Guía del Ministerio de Salud, que, como ya se dijo, son de adopción y cumplimiento obligatorio en el territorio nacional. (Se utiliza fuerza de recomendación de acuerdo con el sistema Grade).

8. Evaluación y clasificación y manejo del paciente con síndrome de abstinencia alcohólica.

8.1 En personas mayores de 18 años con síndrome de abstinencia alcohólica, se usa la escala CIWA-Ar (11) (anexo 7) como herramienta de ayuda al juicio clínico para clasificar la severidad de la abstinencia a partir de los síntomas e identificar la necesidad de iniciar tratamiento farmacológico (Tabla 4).

Tabla 4. Clasificación de la severidad de la abstinencia alcohólica

Severidad de la abstinencia	Puntaje escala CIWA-Ar
Leve	≤ 8 puntos
Moderada	9-15 puntos
Severa	≥16 puntos

Recomendación fuerte en favor del curso de acción

8.2 Tratamiento ambulatorio si:

- A. El puntaje en la escala CIWA-AR es hasta de 8, y si no hay comorbilidades renales, cardíacas, cerebrales o mentales y existe información sobre antecedentes médicos y red de apoyo adecuados.
- B. El puntaje en la escala CIWA-AR se encuentra entre 9 y 15 y existe red de apoyo adecuada, disponibilidad de atención médica inmediata y el paciente no presenta comorbilidades (renales, cardíacas, cerebrales o

mentales) ni factores de riesgo (o antecedente) para *delirium tremens* o Encefalopatía de Wernicke.

Se recomienda tratamiento intrahospitalario en:

- A. Pacientes con puntaje en la escala CIWA-AR entre 9 y 15 con antecedente o riesgo de *delirium tremens* o falla hepática, comorbilidades (renales, cardíacas, cerebrales o mentales) o cuando no se cuente con información suficiente para tomar una decisión.
- B. Todos los pacientes con puntaje en la escala CIWA-AR de 16 o mayor.
- C. Todos los pacientes con sospecha o diagnóstico de falla hepática, enfermedad médica grave o enfermedad mental asociada que amerite hospitalización (depresión mayor severa, manía, ideación suicida, dependencias mixtas, episodio psicótico agudo).

Nota: Entre los factores de riesgo descritos para la aparición de *delirium tremens* están: antecedente de convulsiones o *delirium tremens*, presencia de convulsiones en el síndrome de abstinencia y frecuencia cardíaca mayor de 100 latidos/minuto al ingreso del paciente.

Recomendación débil en favor del curso de acción

8.3 En caso de no contar con la información suficiente para tomar la decisión sobre el manejo intrahospitalario o ambulatorio (antecedentes, enfermedades concomitantes, red de apoyo, etc.), se recomienda mantener al paciente en observación hasta completar los datos de la historia clínica.

Punto de buena práctica clínica

8.4 Manejo farmacológico con benzodiazepinas (ambulatorio o intrahospitalario) en pacientes con puntajes mayores de 8 en la escala CIWA-Ar (abstinencia moderada o severa) o con factores de riesgo para desarrollo de *delirium tremens* (Tabla 5).

Tabla 5. Puntaje escala CIWA-Ar para establecer necesidad de inicio de tratamiento farmacológico

Puntaje escala CIWA-Ar	Severidad de la abstinencia	Sugerencia de manejo farmacológico
≤ 8 puntos	Leve	No se recomienda manejo farmacológico.
9-15 puntos	Moderada	Iniciar manejo farmacológico.
≥16 puntos	Severa	Se recomienda iniciar manejo farmacológico a dosis máxima.

*La administración de BZD por vía IV (intravenosa) debe realizarse lentamente y con observación continua.

Recomendación fuerte en favor del curso de acción

8.5 En pacientes adultos con síndrome de abstinencia alcohólica se administra benzodiazepinas para el control de síntomas y la prevención de complicaciones, como convulsiones alcohólicas. Se usa clonazepam, lorazepam o diazepam en las dosis sugeridas (dosis habituales), según el puntaje en la escala de CIWA-Ar (Tabla 6).

La Tabla 6 describe las dosis habituales de los medicamentos. Es probable que los requerimientos cambien en casos y pacientes particulares. La dosis de mantenimiento dependerá del comportamiento o respuesta de los síntomas de abstinencia (puntaje en la escala CIWA-Ar).

Tabla 6. Dosis habituales de benzodiazepinas (BZD) en Colombia

Benzodiazepinas*	Dosis mínima	Dosis máxima
Lorazepam	1 mg cada 12 horas VO	2 mg cada 6 horas VO (IV cuando esté disponible)
Clonazepam	0,5 mg cada 12 horas VO	2 mg cada 8 horas IV
Diazepam	5 mg cada 12 horas VO	20 mg cada 6 horas IV

*La administración de BZD por vía IV (intravenosa) debe realizarse lentamente y con observación continua.

Recomendación fuerte en favor de la intervención

8.6 Ante la ausencia de evidencia sobre diferencias en la efectividad y seguridad entre benzodiazepinas para el control de síntomas del síndrome de abstinencia, se sugiere utilizar la benzodiazepina que se encuentre disponible, que se considere más conveniente o que tenga el menor costo localmente entre las siguientes opciones: lorazepam, clonazepam o diazepam. No se recomienda usar el tratamiento con benzodiazepinas por más de ocho días. Con un puntaje de CIWA-Ar mayor de 15 se recomienda iniciar tratamiento con dosis máxima (Tabla 6). En pacientes con insuficiencia hepática y pacientes ancianos se recomienda usar benzodiazepinas de vida media corta o intermedia como lorazepam.

Recomendación débil en favor del curso de acción

8.7 No se recomienda el uso de medicamentos adicionales al manejo con benzodiazepinas de manera rutinaria en pacientes con síndrome de abstinencia alcohólica sin comorbilidad asociada.

Recomendación débil en favor del curso de acción

8.8 Se recomienda la discontinuación gradual del tratamiento con benzodiazepinas en el síndrome de abstinencia. Considere una reducción entre el 20% y el 30% de la dosis cada día, excepto en pacientes con compromiso más severo, en los que se debe hacer una discontinuación más lenta (entre el 10% y el 20% de la dosis por día).

Recomendación débil en favor de la intervención

8.9 Se recomienda en pacientes con manejo intrahospitalario para el síndrome de abstinencia, realizar mediciones con la escala CIWA-Ar cada ocho horas (tres veces), para verificar que el puntaje se mantenga en el mismo nivel o disminuya.

Recomendación débil en favor del curso de acción

8.10 Se recomienda remitir para manejo en una institución de alta complejidad de atención a cualquier paciente con síndrome de abstinencia en el que en evaluaciones sucesivas se documente un aumento en el puntaje de la escala CIWA-Ar, se presenten convulsiones, se sospeche o se diagnostique *delirium tremens*, encefalopatía de Wernicke, síndrome de Korsakoff, alucinosis alcohólica u otras comorbilidades físicas o mentales que comprometan el estado hemodinámico, neurológico o mental del paciente.

Recomendación fuerte en favor del curso de acción

8.11 Para manejo ambulatorio, informe al paciente y cuidadores los siguientes signos de alarma para presentar síndrome de abstinencia complicado: temblor, sudoración, diarrea, náuseas constantes y vómitos, intolerancia a la vía oral, alteraciones del estado de conciencia o inconciencia, convulsiones, alteraciones sensorio-perceptivas (alucinaciones) o dolor de cabeza. En estos casos, se recomienda la consulta inmediata.

Punto de buena práctica clínica

8.12 Se debe asegurar que todo paciente con síndrome de abstinencia manejado ambulatoriamente pueda ser valorado entre el tercer y el séptimo día posterior al alta del servicio de urgencias.

Recomendación débil en favor del curso de acción

8.13 Todos los pacientes que ingresen al sistema hospitalario (en servicio de urgencias o en hospitalización) por un síndrome de abstinencia de cualquier grado de severidad deben ser evaluados con la herramienta Audit cuando lo permita el estado clínico, para determinar el patrón de consumo, abuso o dependencia, y manejar el caso adecuadamente (véanse recomendaciones del Aspecto 4).

Punto de buena práctica clínica

8.14 En la fase inicial de tratamiento de pacientes mayores de 18 años con abuso o dependencia del alcohol y síndrome de abstinencia, se recomienda la administración de tiamina por vía intramuscular en dosis de 200 mg (2 cc) diarios durante cinco días.

Recomendación débil en favor de la intervención

8.15 En pacientes con sospecha o diagnóstico de encefalopatía de Wernicke se debe realizar remisión a un nivel de mayor complejidad. Mientras se hace efectivo el traslado, se recomienda la administración de tiamina por vía intravenosa en dosis de 300 mg cada ocho horas (mezclar en buretrol 3 cc de tiamina en 100 cc de solución salina normal, y pasar en una hora).

Recomendación débil en favor de la intervención

Nota: Se considera que la encefalopatía de Wernicke corresponde a una condición aguda y prevenible; si bien algunos autores consideran que el síndrome de Korsakoff consiste en la evolución crónica de la misma condición, otros consideran que se deben tratar como condiciones separadas.

8.16 No se recomienda la solicitud de rutina de neuroimágenes en pacientes con síndrome de abstinencia por alcohol.

Recomendación débil en contra del curso de acción

8.17 Considerar la necesidad de tomar una resonancia nuclear magnética cerebral (RNM cerebral) en un paciente adulto con síndrome de abstinencia alcohólica ante la presencia de encefalopatía de Wernicke o síndrome de Korsakoff, un puntaje en la escala CIWA-Ar mayor a 15 sin cambios o aumento en evaluaciones sucesivas a pesar de manejo adecuado, presencia de convulsión, o examen neurológico anormal. En estos casos, el paciente debe ser manejado en una institución hospitalaria de alta complejidad.

Recomendación débil en favor del curso de acción

Escala CIWA-AR (Clinical Institute Withdrawal Assessment Scale for Alcohol)

• **Náuseas y vómitos**

0. Ausencia 1. Náuseas leves sin vómitos 4. Náuseas intermitentes con arcada seca 7. Náuseas constantes, frecuentes arcadas secas y vómitos.

• **Temblor (brazos extendidos y brazos separados)**

0. Sin temblor 1. No visible pero puede sentirlo en los dedos 4. Moderado, con los brazos extendidos 7. Severo, incluso sin extender los brazos.

- **Sudoración intensa**
0. No visible 1. Apenas perceptible, palmas de las manos humedecidas 4. Gotas de sudor perceptibles en la frente 7. Sudoración profusa.
- **Ansiedad**
0. Sin ansiedad, relajado 1. Ansiedad ligera 4. Moderadamente ansioso o en estado de alerta 7. Equivalente a los estados de angustia vistos en los *delirium* o en las reacciones psicóticas.
- **Agitación**
0. Actividad normal 1. Actividad superior a lo normal. 4. Moderadamente nervioso e inquieto. 7. Cambios de postura durante la mayor parte de la entrevista o dar vueltas constantemente.
- **Alteraciones táctiles (hormigueo, picor, entumecimiento)**
0. Ausentes 1. Muy leves 2. Leves 3. Moderadas 4. Presencia de alucinaciones táctiles moderadas 5. Alucinaciones severas 6. Gran cantidad de alucinaciones severas 7. Alucinaciones continuas.
- **Alteraciones auditivas (percepción de sonidos)**
0. Ausentes 1. Muy leves 2. Leves 3. Moderadas con escasa capacidad para asustar 4. Presencia de alucinaciones visuales moderadas 5. Alucinaciones severas 6. Gran cantidad de alucinaciones severas 7. Alucinaciones continuas.
- **Alteraciones visuales**
0. Ausentes 1. Muy leves 2. Leves 3. Moderadas 4. Presencia de alucinaciones visuales moderadas 5. Alucinaciones severas 6. Gran cantidad de alucinaciones severas 7. Alucinaciones continuas.
- **Cefalea y sensación de plenitud cefálica**
0. Ausente 1. Muy leve 2. Leve 3. Moderada 4. Moderadamente severo 5. Severo 6. Muy severo 7. Extremadamente severo.

Aunque no hace parte de los objetivos de este capítulo, vale la pena mencionar los medicamentos que actualmente han mostrado eficacia para el tratamiento de la dependencia de alcohol. Estos son: la naltrexona, el acamprosato y el disulfiram.

Intoxicación por alcohol metílico

Los pacientes alcohólicos tienen un riesgo incrementado, frente a la población general, de padecer intoxicaciones por alcohol adulterado y la más grave es la intoxicación por alcohol metílico, razón por la cual es preciso revisar dicho cuadro.

El alcohol metílico se conoce también como metanol, alcohol de madera, carbinol o nafta madera y se encuentra en múltiples productos como solventes, pinturas, barnices, productos fotográficos, mezclas anticongelantes y se utiliza como materia prima para la manufactura de plásticos, textiles, secantes, explosivos, caucho, etc. Accidentalmente pueden presentarse cuadros tóxicos por consumo de bebidas alcohólicas adulteradas y en los niños puede ocurrir cuando buscando un efecto antipirético se fricciona la piel con alcohol antiséptico contaminado con metanol. También pueden ocurrir intoxicaciones con fines suicidas.

La acidosis metabólica, la ceguera y la muerte son las consecuencias más comunes de esta intoxicación.

El metanol se absorbe bien por vía oral, inhalatoria y dérmica.

Se encuentran altas concentraciones en los líquidos oculares, el líquido cefalorraquídeo y las secreciones gástricas.

El pico de los niveles plasmáticos se presenta aproximadamente 30 ó 60 minutos después de la ingestión; sin embargo, un largo periodo de latencia (entre 18 y 24 horas) transcurre antes de que se presenten los síntomas tóxicos.

El metanol sigue la misma vía metabólica que el etanol teniendo la alcohol deshidrogenasa una mayor afinidad por este último. Por acción de esta enzima, el metanol se convierte en formaldehído, el cual se transforma en ácido fórmico por medio de la aldehídodeshidrogenasa.

Cerca del 20% del metanol absorbido es excretado sin cambios: 3 a 5% por vía renal y cerca del 12% se elimina por vía pulmonar.

Los efectos de esta intoxicación son producidos no solamente por el alcohol metílico, sino también por sus metabolitos el formaldehído y el ácido fórmico.

- **Metanol:** Tiene un efecto irritante en mucosas de vías respiratorias altas, esófago y estómago. En la piel actúa como irritante directo y, al disolver el manto ácido graso, puede facilitar la acción de otros tóxicos. En el sistema nervioso central su acción es depresora, su acción embriagante es menor que la del etanol.
- **Formaldehído:** Por ser un gas es más difusible que el metanol. Es menos soluble en grasas pero más soluble en agua que aquel, lo cual favorece su acumulación en compartimentos ricos en agua como el globo ocular y el líquido cefalorraquídeo. Puede alterar la función de las proteínas e incluso precipitarlas si se encuentra en concentración suficiente.
- **Ácido fórmico:** Es un líquido irritante, muy soluble en agua y prácticamente insoluble en grasas. Debido a su carácter ácido precipita las proteínas y altera los componentes estructurales de la célula.

El comienzo de los síntomas puede tardar entre 18 y 24 horas y hasta 72 horas cuando el metanol se consume concomitantemente con etanol.

La intoxicación aguda causa confusión, ataxia, cefalea, malestar general, náuseas, vómito y dolor abdominal. Los síntomas oculares son dolor, visión borrosa, diplopía, nistagmos y constricción de los campos oculares. Algunos pacientes describen la sensación de estar en una tormenta de nieve, además de que pueden presentarse también acidosis metabólica, convulsiones, bradicardia, falla renal, rhabdomiólisis y coma.

Las secuelas más comunes son la neuropatía óptica, la ceguera, infartos de ganglios basales, parkinsonismo, encefalopatía tóxica y polineuropatía.

En los niños el cuadro clínico es frecuentemente más severo que en los adultos porque se presenta rápidamente acidosis metabólica intensa, colapso circulatorio, depresión del sistema nervioso central, coma y convulsiones (Giraldo A. , 2001).

Para el tratamiento de esta intoxicación es preciso recordar:

1. ABCD
2. No inducir emesis. Lavado gástrico sólo en la primera hora
3. Carbón activado sólo en intoxicación por *thinner*
4. Si se presentan convulsiones, manejarlas con benzodiazepinas
5. Idealmente remitir al paciente a un centro de mayor complejidad y, si no es posible, iniciar manejo antidotal
6. Antídoto: etanol

Dosis:

Intravenosa: disolver 50 mL de etanol al 96% en 450 mL de DAD 5%, lo que permite obtener una concentración aproximadamente al 10% (100 mg/mL) para administrar un bolo inicial de 8 mL/kg de peso y continuar con un goteo de 1 mL/kg/h. La concentración de etanol en sangre debe mantenerse entre 100 y 120 mg/dL; la dosis de etanol puede reajustarse cada 30 minutos.

Oral (por sonda nasogástrica): iniciar con un bolo de 3 mL/kg de etanol al 30% (aguardiente), y continuar con 0.3 mL/kg por hora (Velázquez, 2012).

7. Tratar la acidosis metabólica

Para recordar sobre alcohol

- No está recomendado el lavado gástrico, excepto cuando haya otras sustancias involucradas.
- No se recomienda carbón activado ni diuréticos.
- Signos de focalización neurológica: TAC y remisión.

- Síndrome de abstinencia alcohólico: el más grave de todos, puede ser mortal.
- Delirium tremens: fase más grave.
- Instrumentos para detección de TUS por alcohol: CAGE, Audit, Audit-C, ISCA.
- CIWA-Ar: Escala para valoración de abstinencia.
- Benzodiacepinas: principal medicamento para el manejo del S.A.A. Idealmente sólo por 8 días. Si hay compromiso hepático, se sugiere usar Lorazepam.
- Intoxicación por metanol, más probable en alcohólicos.
- Antídoto del alcohol metílico:
- Etanol al 96% disuelto para uso IV.
- Etanol al 30% (aguardiente) por V.O.
- La droga más consumida en el mundo.
- Problema de salud pública.
- UBE: Unidad de Bebida Estándar.
- Soluble en agua y grasas, distribución a todos los tejidos. Daño potencial a todos los órganos.
- Intoxicación más frecuente en servicios de urgencias. Mucho subregistro de la misma.
- Niveles de alcoholemia se correlacionan con grados de intoxicación aguda. No en alcohólicos.
- Guayabo \neq Síndrome de abstinencia.
- Guayabo: Síntomas por efectos tóxicos.
- Síndrome de abstinencia: síntomas por disminución o cese abrupto de dosis habituales.
- Para el tratamiento de la intoxicación aguda y del síndrome de abstinencia deben seguirse las recomendaciones de la Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol, del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Intoxicación aguda:
- ABCD y manejo sintomático.
- Solicitar Na y K sólo para pacientes muy deshidratados. Mg en alcohólicos crónicos o antecedentes de arritmias.

Tabaco

Introducción

El tabaco es una planta originaria de América y actualmente cultivada en casi todos los países del mundo. Las hojas del tabaco, preparadas de diversos modos, se consumen inhaladas, masticadas o fumadas. Aunque los productos del tabaco se han consumido durante muchos siglos, el uso de cigarrillo era una conducta rara a principios del siglo pasado. Durante la primera mitad del siglo XX el tabaquismo de cigarrillos se incrementó vertiginosamente hasta convertirse en una epidemia.

El consumo de cigarrillo es uno de los más graves problemas de salud pública mundial. La nicotina, sustancia contenida en el cigarrillo, es considerada la sustancia más potente generadora de dependencia. Según Morán, Espigares y Trillo el consumo crónico de tabaco mata más personas que las producidas por el SIDA, el consumo de alcohol, las drogas ilegales y los accidentes de tránsito juntas (Morán. A., 2011).

Según la nota descriptiva No. 339 de marzo de 2013 del Centro de prensa de la OMS, el tabaco es el responsable de casi 6 millones de muertes anuales, de las cuales más de 600.000 son fumadores pasivos.

Sin embargo, en Estados Unidos las campañas de salud pública, la importancia que se le ha dado al tabaquismo en la práctica clínica y la aparición de medicamentos científicamente probados para el tratamiento del mismo, han logrado que el número de exfumadores sea mayor que el número de fumadores activos (Fiore MC, 2010).

El nombre botánico de la planta de tabaco es *Nicotiana tabacum*, nombre dado en honor de Jean Nicot, quien fue el primero en sugerir efectos terapéuticos de la planta.

Aspectos fármaco cinéticos

El humo del cigarrillo contiene más de 4.000 sustancias, las cuales producen efectos nocivos múltiples en el organismo. Entre 40 y 50 de estos compuestos son reconocidos como agentes productores de cáncer y pueden agruparse en las siguientes categorías: hidrocarburos, nitrosaminas, aminas aromáticas, aldehídos, carcinógenos volátiles y elementos radioactivos.

Los múltiples compuestos del humo del tabaco son productos de la combustión del mismo, que alcanza una temperatura máxima de 800°C en el extremo del cigarrillo.

El tabaco ingresa al organismo por diferentes vías como la oral, la dérmica, la pulmonar y la rectal. Para aumentar su absorción, usualmente se recurre a la alcalinización por vía oral y a la acidificación por vía respiratoria.

A continuación se describen algunos de los componentes tóxicos más importantes del tabaco: nicotina, monóxido de carbono, óxido nitroso, ácido cianhídrico, acroleínas, fenoles, ácido fórmico, formaldehído, nitrosaminas, cadmio, polonio 210 y níquel.

Los componentes del alquitrán que más se relacionan con su toxicidad son: benzopirenos, criseno, metilpireno, naftol, metilcolantreno.

Nicotina

La nicotina llega al alveolo en forma de pequeñas gotas que tienen un tamaño de aproximadamente 0.1 micras, de allí pasa a la sangre y en siete segundos llega al cerebro.

Un cigarrillo contiene entre 0.1 y 2.4 mg de nicotina, del cual se absorbe el 15% del humo y el resto pasa al ambiente en forma de corriente lateral o secundaria.

La nicotina se metaboliza en el hígado y se excreta por pulmón y por orina en forma de nicotina N-óxido y cotinina. También, es excretada a través de la leche materna y atraviesa la barrera placentaria.

La nicotina dura entre una y dos horas en la sangre, mientras que sus metabolitos duran en sangre entre 16 y 20 horas y se usan como marcadores biológicos de la adicción.

Personas con defecto genético del gen CYP2A6, no se vuelven adictos, pues no son sensibles a la nicotina y tienen menos posibilidades de desarrollar cáncer pulmonar.

Carcinógenos

Las sustancias contenidas en el humo del tabaco, a las cuales se les atribuye mayor poder carcinogénico son los hidrocarburos aromáticos, las nitrosaminas y las aminas aromáticas y, en menor grado, el cadmio y el polonio 210.

Monóxido de Carbono (CO)

Este es un gas muy tóxico que sale del tabaco y del papel de los cigarrillos. Se distribuye unido a la hemoglobina, de donde desplaza el oxígeno y forma carboxihemoglobina, que, en general, no produce síntomas clínicos pero es responsable de la poliglobulia que se presenta habitualmente en los fumadores y podría ser la responsable de trastornos leves de la capacidad de reacción, con consecuencias potenciales en las actividades que exigen concentración.

El monóxido de carbono es considerado el principal patógeno cardiovascular del tabaco.

Irritantes

Estos son compuestos que se encuentran en la fase gaseosa y afectan los mecanismos defensivos pulmonares. Los principales son el óxido nítrico (N₂O), el ácido cianhídrico (CNH), las acroleínas, el

ácido fórmico, los fenoles y los aldehídos. Estas sustancias son las responsables de la bronquitis crónica y el enfisema.

Interacción con medicamentos

El acetaminofén, la lidocaína, la teofilina, el propranolol, el diazepam y otros medicamentos reducen sus efectos terapéuticos con el uso del tabaco; efecto que se atribuye a los benzopirenos del alquitrán. Adicionalmente, el tabaco disminuye el flujo sanguíneo en piel y tejido subcutáneo, lo que podría afectar, por ejemplo, la absorción de insulina en los diabéticos (Lorenzo P., 2009).

Mecanismo de acción

La nicotina es el componente farmacológicamente activo del tabaco y responsable de la adicción. En el SNC ella se comporta, principalmente, como un estimulante, razón por la cual puede mejorar algunos síntomas depresivos. Está demostrado que, por el incremento de la acetilcolina que produce, aumenta la atención y la memoria.

En lo que tiene que ver con lo cardiovascular, produce disminución de la frecuencia cardíaca y aumento de la presión arterial.

Aunque hasta 1964 el tabaquismo no era considerado una adicción, estudios posteriores demostraron que el tabaco cumple los principales requisitos para considerar una sustancia como droga, es decir, uso compulsivo, efectos psicoactivos y refuerzo positivo. Además, el cese del consumo produce síndrome de abstinencia.

Al igual que para las otras sustancias adictivas, el órgano diana del tabaco y de su acción reforzadora positiva está en las vías dopaminérgicas de las áreas tegmental ventral, núcleo accumbens y corteza prefrontal. Además de la dopamina, se cree que otros neurotransmisores están involucrados en la dependencia del tabaco, pero estos estudios apenas están desarrollándose. La liberación de la dopamina se produce por el estímulo de la nicotina sobre los receptores colinérgicos (Ladero J. y., 2009).

Intoxicación aguda

La absorción de aproximadamente 50 mg de nicotina podría provocar la muerte. Sin embargo, en el fumador habitual esto no sucede debido a que se produce tolerancia para la mayoría de los efectos adversos. Los síntomas que acompañan una intoxicación por nicotina son: palidez, náuseas, vómitos, sialorrea, sequedad de la garganta, miosis, diarrea, taquicardia, sudoración fría y mareos.

Efectos del consumo crónico

Cáncer

Actualmente se sabe que existen distintos factores involucrados en la etiología del cáncer, tales como la dieta, el consumo de alcohol, infecciones, obesidad, etc. Sin embargo, el tabaquismo es uno de los factores causales más importantes y más estudiados y se considera que es responsable del 25 al 30% de las muertes por cáncer. Aproximadamente 50 sustancias contenidas en el humo del tabaco son consideradas carcinógenas (Pinet, 2006).

A continuación se revisan los tipos de cáncer más relacionados con el consumo de tabaco:

- **Cáncer pulmonar:** El tabaquismo es la causa principal de cáncer pulmonar. El riesgo de padecer esta enfermedad está directamente relacionado con el número de cigarrillos fumados al día y con el tiempo que se lleve de consumo. La interrupción del tabaquismo disminuye el riesgo de cáncer pulmonar; sin embargo, dicho riesgo sigue siendo mayor entre los exfumadores que entre quienes nunca han fumado.
- **Cáncer laríngeo:** El abuso de tabaco es considerado como la principal causa de este tipo de cáncer.
- **Cáncer de cavidad bucal:** El tabaquismo es una de las causas principales de cánceres de lengua, glándulas salivales, boca y faringe.
- **Cáncer esofágico:** 80% de las muertes ocurridas por cáncer esofágico puede atribuirse directamente al consumo de cigarrillo.

- **Cáncer de vejiga:** Es más frecuente en varones fumadores de tabaco negro, pues éste contiene más aminas aromáticas, consideradas las directas responsables del urotelioma vesical cuando éste tiene relación con el consumo de cigarrillo. Se considera que entre el 30 y 40% de estos cánceres están relacionados con el tabaquismo y mucho más en varones (Pinet, 2006).

Tabaquismo como causa que contribuye con el cáncer: El tabaquismo es reconocido como causa contribuyente de cáncer en los siguientes órganos: riñón, páncreas, estómago, cuello uterino, ano, pene y vulva. De este panorama se infiere que la única manera para disminuir el riesgo de cáncer es abstenerse de fumar.

Enfermedades cardiovasculares

El tabaquismo es uno de los tres factores de riesgo de enfermedad cardíaca coronaria (los otros dos son la hipertensión y los trastornos del colesterol).

La nicotina y el monóxido de carbono están directamente implicados en la aterosclerosis (estrechamiento de las arterias). El monóxido de carbono reduce la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre.

La angina y el infarto son dos enfermedades que se presentan frecuentemente entre los fumadores. En Estados Unidos entre 50 y 55 % de todos los accidentes vasculares cerebrales se pueden atribuir al consumo de cigarrillo.

Enfermedades pulmonares

El consumo de cigarrillo afecta tanto la estructura como la función del pulmón y es un factor de riesgo alto para el desarrollo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La tos crónica, con o sin producción de expectoración, es un síntoma constante entre los fumadores crónicos. Las infecciones respiratorias, la bronquitis crónica, el asma y el enfisema se relacionan directamente con el tabaquismo.

Otras enfermedades

La enfermedad ácido péptica (gastritis, reflujo gastroesofágico y úlceras) es otra de las enfermedades inducidas o agravadas por el consumo de cigarrillo.

Las mujeres embarazadas que fuman tienen niños más pequeños y de más bajo peso que las no fumadoras, además, tienen un riesgo mayor de presentar abortos, muertes fetales y neonatales, problemas de placenta, hemorragias durante el embarazo, ruptura prematura de membranas y partos prematuros.

Síndrome de abstinencia

Entre los síntomas más comunes que se presentan cuando se interrumpe el consumo de nicotina están: inquietud, irritabilidad, ansiedad, somnolencia, impaciencia, confusión y trastornos de la concentración. Otros síntomas frecuentes son el aumento de peso y trastornos del rendimiento en diferentes tareas. Lo anterior está acompañado de un intenso deseo de fumar.

A continuación, se citan los criterios del DSM-V para abstinencia de tabaco:

- A. Consumo diario de tabaco por lo menos durante varias semanas.
- B. Cese brusco o reducción de la cantidad de tabaco consumido, seguido en las 24 horas siguientes por cuatro (o más) de los siguientes signos o síntomas:
 - 1. Irritabilidad, frustración o rabia.
 - 2. Ansiedad.
 - 3. Dificultad para concentrarse.
 - 4. Aumento del apetito.
 - 5. Intranquilidad.
 - 6. Estado de ánimo deprimido.
 - 7. Insomnio.
- C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas del funcionamiento.

- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia (APA, Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-V, 2013).

La intensidad de los síntomas es máxima a las 24 o 48 horas de haber fumado el último cigarrillo y disminuye gradualmente en el transcurso de dos semanas.

El deseo de fumar, en particular en situaciones de tensión, puede persistir durante meses o años después de la interrupción.

Tabaquismo pasivo

Se conoce como tabaquismo pasivo a la exposición al humo de tabaco ambiental en individuos no fumadores. El humo de tabaco ambiental está constituido por el humo de corriente principal, el humo de corriente colateral y los componentes de fase de vapor que se difunden por el papel del cigarrillo hacia el ambiente.

El humo de *corriente principal* es el humo que inhala y exhala el fumador y el humo de *corriente colateral* es el humo que sale desde la punta de cigarrillo entre las aspiraciones. Este último contiene una concentración de monóxido de carbono 2.5 veces mayor que el humo de *corriente principal*, además, las partículas del humo de corriente colateral son más pequeñas que las de corriente principal y es más probable que se depositen en partes más profundas del pulmón.

La exposición al humo de tabaco ambiental se produce durante toda la vida del individuo. La irritación ocular, síntomas nasales, jaqueca y tos son algunos de los efectos irritativos comunes del humo de tabaco ambiental.

Humo de tabaco ambiental y niños. Por cuanto las vías respiratorias se encuentran en desarrollo en los lactantes, éstos tienen un riesgo mayor de sufrir lesión en estas vías.

Las infecciones respiratorias y las hospitalizaciones por esta causa son más frecuentes entre los lactantes, hijos de padres fumadores. Al parecer, existe un aumento de las infecciones respiratorias y del oído medio en niños y adolescentes expuestos de manera pasiva al humo del tabaco. El tabaquismo de los padres es un factor de riesgo para el desarrollo de asma durante la infancia.

Múltiples estudios han tratado de establecer las relaciones entre el humo de tabaco ambiental y la presencia de enfermedades en personas no fumadoras. Estos estudios han permitido llegar a las siguientes conclusiones:

- El humo de tabaco ambiental causa enfermedad en las personas no fumadoras
- Los adultos expuestos al humo del tabaco ambiental experimentan un riesgo incrementado para desarrollar cáncer pulmonar y, quizás, enfermedades cardíacas tales como angina e infartos.
- La separación de los fumadores y los no fumadores en el mismo espacio aéreo puede reducir, pero no eliminar, la exposición de los no fumadores al humo de tabaco ambiental (Giraldo A. , 2008).

Cuestionarios en tabaquismo

- Test de Fagerström: Prueba para valorar la dependencia de la nicotina.
- Test de Richmond: Test de motivación para dejar de fumar.
- Test de Glover-Nilsson: Evalúa la dependencia psicológica del tabaco.
- Índice de la dureza de fumar, de Heatherton y otros (1989).
- Escala del Síndrome de Dependencia de la Nicotina (NDSS).

Tratamiento

El tratamiento de la adicción al tabaco, al igual que las demás dependencias, debe incluir intervenciones psicosociales asociadas con terapias farmacológicas.

Está demostrado científicamente que el tratamiento farmacológico del tabaquismo duplica las posibilidades de éxito (**Recomendación A**) (Vidar, 2011).

Para el año 2006, en Estados Unidos, la FDA había autorizado seis medicamentos para el manejo farmacológico de la dependencia tabáquica, que incluyen las TSN (Terapias de Sustitución de Nicotina): el chicle, el parche, pastillas, inhaladores bucales y *spray*; además el bupropión (Kebler, 2006). Actualmente, se cuenta también con la vareniclina.

- **Terapia de sustitución de nicotina:** Los medicamentos más utilizados para dejar de fumar son los llamados tratamientos sustitutivos que pretenden disminuir progresivamente la necesidad de nicotina por parte del adicto, mediante la administración de esta sustancia en parches, chicles, aerosoles nasales e inhaladores bucales. Al igual que todos los medicamentos, éstos no están exentos de efectos adversos y, por tanto, deben ser utilizados bajo estricta supervisión médica. Estas terapias se deben usar durante las primeras 8-12 semanas, consideradas las más críticas desde el punto de vista de las recaídas y, como estos medicamentos contienen nicotina, también pueden crear dependencia, que se ha presentado, sobre todo, en pacientes que utilizan los chicles.
- **Bupropión.** Medicamento usado, inicialmente, como antidepresivo, pero ha mostrado ser útil en algunos pacientes dependientes del tabaco (Lorenzo P., 2009). Este medicamento inhibe la recaptación neuronal de noradrenalina, dopamina y serotonina.

El tratamiento se inicia con 150 mg diarios en la mañana, tomado durante seis días; al séptimo día, se debe tomar, además de la dosis matutina, una dosis igual a las ocho horas. Durante la segunda semana, debe fijarse el día D (fecha del cese del consumo de tabaco). El medicamento debe prescribirse por 3 -4 semanas y luego, de acuerdo con los resultados, decidir si se sigue utilizando. La duración total del tratamiento debe ser de 7-9 semanas.

La eficacia del bupropión está demostrada y dobla la eficacia del placebo. **(Recomendación A)**.

Es preciso tener en cuenta las advertencias, efectos adversos y contraindicaciones del medicamento. En primer lugar, desde la comercialización de este medicamento, se ha advertido del riesgo de aparición de síntomas depresivos; respecto a efectos adversos, los más comunes son insomnio, náusea, prurito, cefalea, excitación conductual, sequedad y sabor metálico en la boca. La principal contraindicación la constituye el antecedente de enfermedad convulsiva o el riesgo de convulsiones producidas, por ejemplo, por abstinencia de alcohol o benzodiazepinas o por medicamentos que reduzcan el umbral convulsivo, como los antipsicóticos y los antidepresivos, entre otros (Mesas A. G., 2011).

- **Vareniclina.** Es un agonista parcial del receptor nicotínico de la acetilcolina. Su utilidad está probada, pues las posibilidades de abstinencia son tres veces mayores cuando se comparan con pacientes que intentaron el abandono del tabaquismo sin ayuda farmacológica **(Recomendación A)**, igualmente, ha mostrado ser más eficaz que el bupropión y el placebo **(Recomendación B)**.

El medicamento debe iniciarse una o dos semanas antes del día D con la siguiente pauta:

- Del día 1 al 3: 0.5 mg/día
- Del día 3 al 7: 0.5 mg cada 12 horas
- A partir del día 8: 1 mg dos veces al día.

Al igual que con el bupropión, los resultados deben evaluarse entre 3 y 4 semanas después del inicio, para decidir si se continúa con la terapia. La duración total del tratamiento es de 12 semanas.

El efecto adverso más frecuente es la náusea. Otros efectos secundarios son insomnio, sueños vívidos, flatulencia, cefalea,

dispepsia, estreñimiento y cambios en la percepción del sabor. Y se debe estar alerta a la exacerbación de síntomas de trastornos mentales y, si esto ocurre, se debe descontinuar el medicamento (Mesas A. E., 2011).

- **Otras terapias:** En los últimos años, cada vez toman más fuerza las llamadas medicinas alternativas como una buena opción para dejar de fumar; éstas incluyen la hipnosis, la acupuntura, esencias florales, terapias con láser, etc. Sin embargo, estas alternativas carecen de evidencia científica que permita recomendarlas abiertamente.
- **Cigarrillo electrónico:** A pesar de que cada vez más personas usan el cigarrillo electrónico como alternativa para dejar de fumar, estos dispositivos no están autorizados por la OMS, que los considera menos nocivos que el cigarrillo convencional pero no exentos de efectos tóxicos para la salud. Algunas entidades como la Separ (Sociedad española de neumología y cirugía torácica, solicitan regular estos dispositivos como medicamentos.

A continuación se describe en qué consisten estos dispositivos.

El cigarrillo electrónico (CE) es un dispositivo que está constituido básicamente por tres elementos: la batería, el atomizador y el cartucho. Estos tres elementos se ensamblan unos con otros y forman un dispositivo que tiene el aspecto de un cigarrillo. El cartucho está cargado con líquido que puede contener diferentes sustancias: propilenglicol, glicerina y, en ocasiones, nicotina. Cuando el sujeto «vapea» y la batería entra en funcionamiento, se calienta el atomizador y el líquido se vierte en el interior del mismo y se convierte en vapor. Este vapor es el que es inhalado por el consumidor. Diferentes sustancias se han detectado en el mismo: formaldehído, acetaldehído, acroleína y diversos metales pesados. Estas sustancias, aunque se encuentran en cantidades más bajas de las que se detectan en los cigarrillos habituales, tienen capacidad para producir patología en humanos (Jiménez, 2014).

Para recordar

- El tabaco es la droga asociada con una mayor mortalidad en el mundo (6.000.000 de muertes anuales).
- Según algunos autores la nicotina es tan adictiva como la heroína.
- Las principales enfermedades producidas por el uso de tabaco son: cáncer, enfermedades pulmonares y cardiovasculares.
- El tabaquismo pasivo es responsable de enfermedad en los no fumadores.
- Los instrumentos para complementar el diagnóstico de dependencia de tabaco son:
- Test de Fagerström, Test de Richmond, Test de Glover-Nilsson, Índice de la dureza de fumar, de Heatherton y otros, Escala del Síndrome de Dependencia de la Nicotina(NDSS).
- Existen medicamentos eficaces para el tratamiento de la dependencia y son:
- Terapias de sustitución de nicotina: parche, chicle, aerosoles nasales e inhaladores bucales.
- Bupropión y Vareniclina.
- El cigarrillo electrónico no está exento de efectos adversos y no está autorizado por la OMS como estrategia para dejar de fumar.

Cocaína

Introducción

Antes del descubrimiento de América las culturas precolombinas ya usaban la cocaína. En el imperio Inca, la coca era utilizada con fines rituales y médicos y se consumía en infusiones o debajo de la mejilla ponían piedras calizas pequeñas envueltas en hojas de coca (coqueo).

En 1860, Niemann aisló el alcaloide puro de las hojas de la coca. En 1882, Freud y Koller descubrieron sus propiedades anestésicas. Freud la utilizó y la propuso como antidepresivo, afrodisíaco y para el tratamiento de las adicciones.

En 1886, la fórmula original de la coca-cola contenía cocaína, pero esta sustancia fue eliminada de la fórmula desde 1904. En 1970, países suramericanos como Colombia, Bolivia y Perú son tristemente famosos en el mundo por la producción, procesamiento y comercialización de la cocaína.

El uso masivo de esta sustancia en Colombia tiene implicaciones desastrosas para la salud de los individuos que la consumen y para la sociedad. La cocaína es el principio activo que se encuentra en las hojas de la *Eritroxylon coca*. Esta planta es originaria de Suramérica pero actualmente se ha adaptado a diferentes zonas geográficas en todo el mundo.

El nombre químico de la cocaína es la benzoilmetilecgonina.

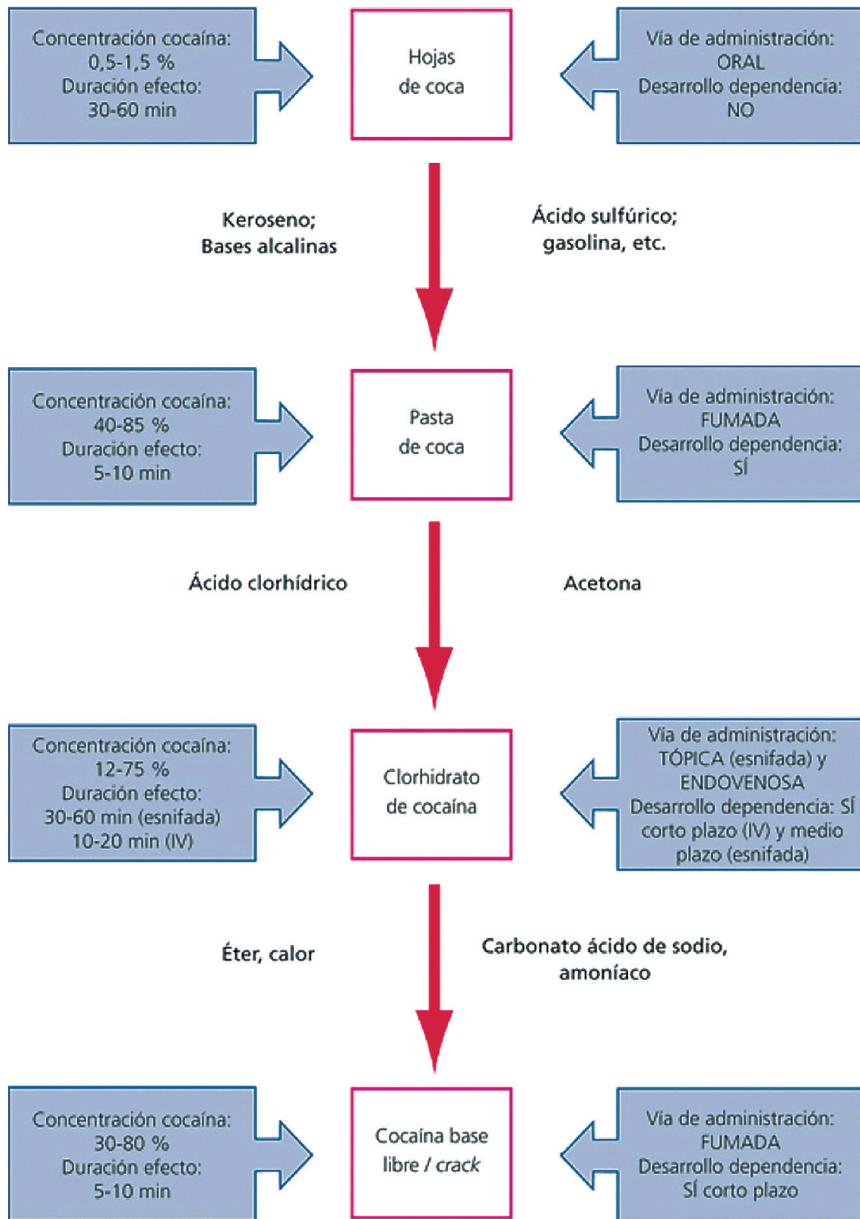
Proceso de obtención de la cocaína

El diagrama 1 ilustra el proceso de obtención de la cocaína, pero existen diversos procedimientos y son usados en el procesamiento otros productos químicos.

Para comprender con mayor claridad las diferentes presentaciones de la droga se toma textualmente la descripción de la Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por uso de drogas del II Plan Andaluz sobre drogas y adicciones, 2008:

- **Hojas de coca:** La absorción es muy variable dependiendo, fundamentalmente, del contenido de las hojas, de la preparación usada y de la presencia o ausencia de sustancias alcalinas (cal, ceniza vegetal,...) en la boca de la persona masticadora, así como de la habilidad de ésta. Se absorbe fundamentalmente por la mucosa oral (mascada). Otra forma de administración es en infusiones.

Diagrama 1. El proceso de obtención de la cocaína.



Tomado de (Mirraño, 2012).

- **Pasta de coca:** También se denomina sulfato de cocaína, pasta base o simplemente pasta, basuko o baserolo. Es el producto bruto o no refinado que resulta del primer proceso de extracción de la cocaína a partir de las hojas de coca. Se obtiene de la maceración de las hojas con ácido sulfúrico y otros productos químicos (alcalinos, solventes orgánicos, gasolina, amoníaco, etc.). Es una pasta parda-negra. Se administra por vía pulmonar (fumada), mezclada con tabaco o marihuana (compuesto denominado de forma coloquial diablito o banana).
- **Clorhidrato de cocaína:** También denominado nieve, coca o farlopa. Se obtiene por tratamiento de la pasta de coca con ácido clorhídrico. El resultado es un polvo blanco cristalino con sabor amargo y que se suele administrar por vía intranasal (esnifada), mediante la aspiración nasal del polvo colocado a modo de línea o raya y a través de un billete enrollado o una cánula, o por vía parenteral (inyectada por vía venosa). También puede aplicarse directamente en mucosas donde ejerce un efecto anestésico característico.
- **Base libre y Crack:** No se trata de sustancias nuevas, ni tampoco de cocaína sintética. Ambas son dos formas base de la droga, químicamente iguales entre ellas, que difieren fundamentalmente en el proceso de elaboración:
 - *La base libre:* Se obtiene desde el clorhidrato de cocaína añadiendo éter y calor elevado. Precipita en forma de cristales y se presenta como polvo blanco-pardo.
 - *El crack:* Si lo que se utiliza es bicarbonato sódico, amoníaco y agua con calor moderado, el producto final será el crack o rock. Precipita en forma de pasta. El aspecto es de porcelana y triturado asemeja escamas de jabón. El popular nombre de crack procede del ruido de crepitación que produce cuando se calienta (Segura, 2008).

Además, para hacer más rentable su venta, los distribuidores la adulteran con otras sustancias como carbohidratos, anestésicos, estimulantes, etc. En Medellín son comunes anécdotas de adición de sustancias como talco, leche en polvo o polvo de ladrillo.

Nombres comunes

“Coca”, “nieve”, “cristal”, “basuca”, “perico”, “pérez”, “concho”, “crack”, “patrasiao”.

En Estados Unidos es común la mezcla de cocaína con otras sustancias psicoactivas, la combinación con heroína se conoce popular-

mente como “speed ball” (bola rápida); otras mezclas frecuentes se hacen con estimulantes y alucinógenos.

En Colombia es frecuente la mezcla de basuca y marihuana, que, popularmente, recibe distintos nombres: “diablito, demonio y maduro”. Adicionalmente, algunos consumidores mezclan “perico” con marihuana y le dan el nombre de “angelito”; no obstante, es importante anotar que el “perico” tiene un bajo poder de volatilización, razón por la cual se absorbe muy poco cuando es fumado.

Aspectos farmacocinéticos

La cocaína es una sustancia que ingresa al organismo por todas las vías: oral, inhalada, fumada, inyectada o por mucosas (conjuntival, anal, vaginal, peneana). Desde la antigüedad hasta hoy los pueblos indígenas la han consumido por vía oral, mezclas de hojas de coca con cal y ceniza, con el fin de combatir el frío y el hambre y aumentar la resistencia física.

Por la vascularización de la nasofaringe, la cocaína se absorbe rápidamente por esta vía, razón por la cual esnifar cocaína es una práctica común. En esta forma de consumo, el producto usado es el clorhidrato de cocaína, comúnmente conocido como “perico” o “perica”. Las formas básicas de la cocaína son las que se utilizan por vía oral. Aunque hasta hace algún tiempo la práctica más común era mezclar la “basuca” con picadura de cigarrillo, en la actualidad, cada vez gana más adeptos el uso de pipas en las que la sustancia se mezcla con la ceniza del cigarrillo. El “crack” puede consumirse fumado o mediante la inhalación de los vapores que produce su calentamiento. El equivalente del “crack” en nuestro medio es el “patrasiao”, que se obtiene “devolviendo” el “perico” mediante la adición de amoníaco, bicarbonato u otra sustancia básica y calor.

Aunque el uso de cocaína por vía intravenosa no es tan común, vale la pena aclarar que la sustancia utilizada de esta forma es el clorhidrato de cocaína y que este uso se ha incrementado en la medida en que se ha aumentado el uso de heroína por esta vía, pues muchos

consumidores usan ambas sustancias mezcladas o intercaladas para buscar efectos antagónicos.

La velocidad de absorción y la posterior aparición de los efectos dependen de la vía de administración, aunque la vía fumada es la más rápida de todas. Por cuanto los efectos de la sustancia son tan efímeros cuando se utiliza fumada o vía intrapulmonar, el consumidor pasa rápidamente de la euforia a la disforia (estado displacentero) y experimenta la necesidad de administrarse una dosis tras otra, estado que en el argot de los consumidores se conoce como “estar embalado”.

A continuación se muestran las diferencias en cuanto a velocidad de absorción y duración de los efectos, en relación con la vía de administración:

Tabla 9. Absorción de la cocaína y su relación con el comienzo de los efectos y su duración

ABSORCIÓN DE LA COCAÍNA Y SU RELACIÓN CON EL COMIENZO DE LOS EFECTOS Y SU DURACIÓN		
Vía de administración	Comienzo de acción	Duración de los efectos
Oral (masticada)	5-10 minutos	45-90 minutos
Intranasal	2-3 minutos	20-40 minutos
Intravenosa	1 minuto	10-20 minutos
Fumada (PBC y “patrasiao”) Intrapulmonar (crack)	10 segundos	5-10 minutos

La cocaína atraviesa la placenta y se excreta en la leche materna, lo cual puede generar alteraciones e intoxicaciones en hijos de madres consumidoras de cocaína durante el embarazo y la lactancia. Después de la absorción, la cocaína se distribuye rápidamente entre todos los órganos para ser metabolizada principalmente por hidrólisis enzimática en plasma e hígado. Aunque existen varios metabolitos productos de esta biotransformación, la benzoilecgonina es el más común para detectar el uso de la sustancia y puede aparecer en orina hasta 3-4 días después del último consumo.

La excreción de la cocaína y sus metabolitos se realiza de forma rápida (máximo ocho horas) por vía urinaria.

Alcohol y cocaína

En vista de que el consumo concomitante de alcohol y cocaína es una práctica muy frecuente en nuestros días, se debe tener presente que la mezcla de estas dos sustancias crea un metabolito llamado **cocaetileno**, que tiene «una vida media más larga y mayor toxicidad. Esto sucede por transesterificación hepática de ambas sustancias. La presencia de cocaetileno prolonga la sensación de euforia, pero también aumenta la depresión miocárdica»(Tellez, 2008), lo cual aumenta el riesgo de muerte súbita

Mecanismo de acción

Esta sustancia es un potente estimulante del SNC y es reconocida como la droga con mayor capacidad para producir refuerzo positivo.

Aunque, al parecer, muchos neurotransmisores están implicados en la dependencia cocaínica, la dopamina y la noradrenalina son los mensajeros químicos más involucrados. Es oportuno resaltar la importancia dada en los últimos años al transportador de recaptación de dopamina, necesario para que se presenten los efectos conductuales y bioquímicos de la cocaína.

El sistema noradrenérgico parece ser el responsable de la excitación y el estado de vigilancia producidos por la cocaína, lo que contribuye a la estimulación del sistema serotoninérgico.

En los últimos años, también han sido involucrados en el fenómeno de la dependencia cocaínica, el sistema cannabinoide, el glutamatergico y los neuropéptidos.

Finalmente, la disminución de la permeabilidad de la membrana a los iones de Na⁺, producida por la cocaína, es la explicación de sus efectos anestésicos locales. (Lizasoain I. y., 2009).

Intoxicación aguda

A continuación se mencionan los posibles efectos de la intoxicación aguda por cocaína:

- Signos vitales: Aumento del pulso, la presión arterial, la temperatura y la frecuencia respiratoria.
- Ojos: Midriasis.
- Nariz: vasoconstricción nasal, hemorragias.
- Sistema respiratorio: edema agudo de pulmón y exacerbación de cuadros patológicos preexistentes tales como el asma. (Sobre todo para formas de cocaína fumadas).
- Sistema cardiovascular: taquicardia, arritmias, hipertensión arterial, angina.
- S. Digestivo: náusea, vómito, anorexia y diarrea.
- Hepático: lesiones inflamatorias.
- Neurológico: dolor de cabeza, convulsiones, hemorragia cerebral.
- Sistema nervioso central: aunque la cocaína es una sustancia estimulante, cuando se utiliza a dosis altas, estimula primero y luego deprime el SNC. Inicialmente se presenta hiperactividad, euforia, inquietud, locuacidad y agitación que pueden progresar a alucinaciones, delirio y psicosis. Se presenta también hiperreflexia, temblor y rigidez muscular.
- Embarazo, feto y recién nacido: riesgo elevado de aborto, muerte fetal intrauterina y prematuridad. Desnutrición intrauterina, lesiones isquémicas cerebrales fetales, síndrome de muerte súbita neonatal y diversas malformaciones congénitas.
- Otros efectos: insomnio, pérdida del apetito, palidez, hipertermia maligna y rabiomólisis (Lizasoain I. y., 2009).

Según la Guía andaluza de tratamiento de trastornos por consumo de estimulantes, 2008, las complicaciones más graves que acompañan la intoxicación por cocaína son:

- Taquicardia y arritmia.
- Fallo cardíaco, isquemia, infarto agudo de miocardio, fibrilación ventricular.
- Hemorragias cerebrales e ictus precedidos de intensas cefaleas.

- Crisis comiciales con pérdida de conciencia (presentan fenómeno Kindling).
- Disnea, fallo respiratorio y asfixia.
- Síndrome hipertérmico con rhabdomiólisis y coagulación intravascular diseminada (CID) que desemboca en insuficiencia renal y fallo metabólico generalizado (Martín J. y., 2008).

Uno de los cuadros más dramáticos de intoxicación con esta sustancia es el de las personas que transportan cocaína dentro de su cuerpo (las denominadas “mulas”), quienes presentan casos de sobredosis severas cuando se les rompen las bolsas que contienen la droga.

Efectos del consumo crónico

Uno de los efectos más constantes producidos por la cocaína es la vasoconstricción, razón por la cual una de las complicaciones crónicas más frecuentes es la isquemia, pudiendo presentarse entonces infartos cardíaco, renal, ocular, cerebral y digestivo.

Respecto a la isquemia miocárdica es oportuno manifestar que es independiente de la dosis y de la vía utilizada. Estos eventos no son predecibles y, por lo tanto, no se sabe cuáles sujetos son más propensos a ellos; así que para algunos el primer consumo podría también ser el último. No obstante, es importante enfatizar en el hecho de que los fumadores de tabaco tienen un riesgo incrementado de padecer esta complicación.

Otras complicaciones cardiovasculares: miocarditis, miocardiopatía, endocarditis y ruptura y disección aórtica.

En lo que respecta al ámbito respiratorio una complicación relativamente frecuente es la perforación del tabique nasal y pueden aparecer edema agudo de pulmón y asma. Además de neumotórax y neumomediastino (presencia de aire en el espacio pleural o en el mediastino).

En el contexto neurológico puede haber accidentes cerebrovasculares (derrames), hemorragia intracerebral y subaracnoidea y convulsiones y, además, es posible que surja una necrosis hepática.

Aunque es una complicación poco frecuente, dada su gravedad, vale la pena mencionar el síndrome de Magnam, que se caracteriza por la presencia de alucinaciones táctiles, que hacen creer a los adictos que tienen animales bajo la piel y, en su intento por eliminarlos, se auto mutilan (Ladero, 2009.).

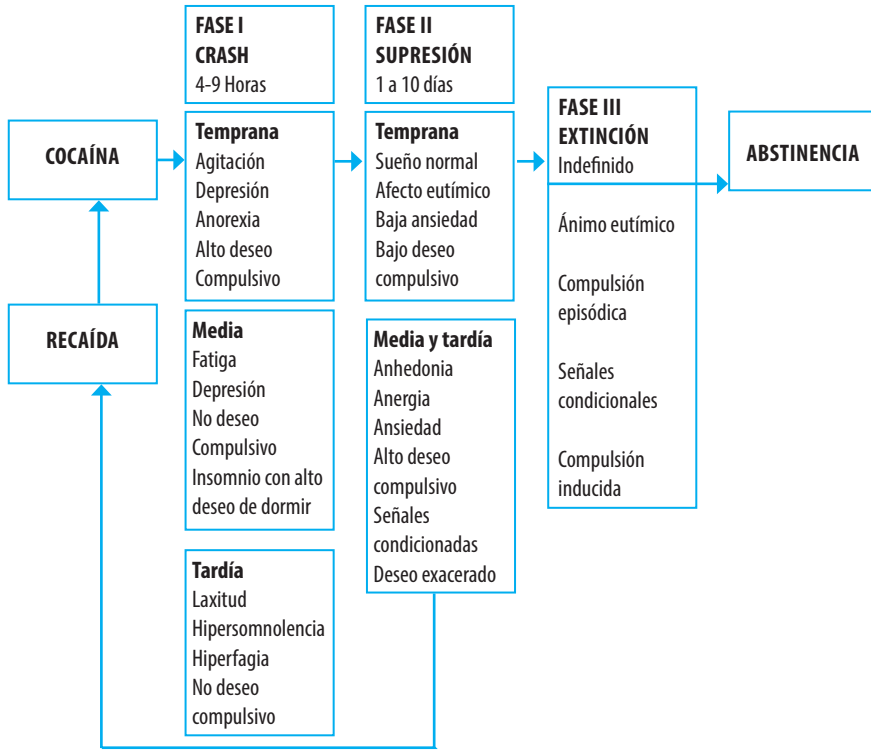
El consumo de cocaína en mujeres embarazadas puede traer consecuencias adversas para la gestación como desprendimiento de la placenta y prematuridad, y también para el feto y el neonato tales como bajo peso, malformaciones, infarto cerebral, convulsiones y microcefalia (Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre el tratamiento de la dependencia de cocaína, 2011).

Síndrome de abstinencia

Aunque durante muchos años se afirmó que el cese del consumo de sustancias estimulantes no producía síndrome de abstinencia, la evidencia clínica ha demostrado que los dependientes de cocaína, por suspender el consumo crónico sí presentan diferentes síntomas que cumplen todos los criterios de un cuadro abstinencial. Los síntomas más frecuentes son: irritabilidad, labilidad emocional, dificultad para concentrarse, ansiedad, disforia, hipersomnias, deseo de droga, taquicardia, vértigo y diarrea (Lizasoain I. y., 2009).

Ledo y Terán describen así los síntomas más frecuentes de la abstinencia de cocaína:

- Síntomas psíquicos: irritabilidad, ansiedad, agitación, dificultad de concentración, aturdimiento, labilidad emocional, ideación autolítica, amnesia, etc.
- Síntomas somáticos: taquicardia, vértigo, trastornos de coordinación, mialgias inespecíficas, diaforesis, diarrea, etc.
- Síntomas compensatorios: astenia, apatía, anhedonia, hipersomnias, hiperfagia, "craving" o deseo de cocaína (Ledo, 2010).



Tomado de (Tellez J. y., 2005).

Tratamiento

Intoxicación aguda

En la intoxicación aguda deben tenerse en cuenta las medidas de soporte ABCD.

En el paciente agitado se debe garantizar un espacio tranquilo, con pocos estímulos físicos y tratar de calmar al paciente con palabras suaves. También es preciso manejar la hipoxia, la hipoglicemia, la hipertermia y los trastornos metabólicos para controlar la agitación. En caso de ser necesario es posible utilizar benzodicepinas, medicamento de elección cuando se presenten convulsiones.

La hipertermia se maneja con medidas físicas y para la hipertensión es posible utilizar nitroprusiato 0.5 a 10 mcg/kg/minuto o nitroglicerina 10 mcg/minuto.

No es recomendable el uso de beta bloqueadores y, en el caso de dolor torácico, se puede usar un nitrato como nitroglicerina o dinitrato de isosorbide (sublingual o vía oral).

Si el paciente ingirió la sustancia es posible utilizar carbón activado, pero no se debe inducir el vómito y los pacientes que son “mulas” y tienen sintomatología de intoxicación deben ser intervenidos quirúrgicamente de inmediato (Tellez, 2008).

Intoxicación crónica

En la dependencia se han ensayado múltiples tratamientos, pero ninguno de ellos ha mostrado evidencia científica para ser usado en los trastornos por uso de cocaína.

Según la Guía catalana de tratamiento de la dependencia de cocaína «En personas con dependencia de la cocaína no se recomienda el uso de agonistas dopaminérgicos para reducir el consumo». (Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre el tratamiento de la dependencia de cocaína, 2011).

Respecto a los antidepresivos, la misma Guía dice que no se ha encontrado utilidad para los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y que el único antidepresivo que ha mostrado utilidad para disminuir el craving es la desipramina. Los antidepresivos deben mantenerse en aquellos pacientes con diagnóstico dual con cuadros depresivos y trastornos por cocaína. Estas recomendaciones tienen un criterio de recomendación débil (Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre el tratamiento de la dependencia de cocaína, 2011). coordinador.

Respecto a los psicoestimulantes, tampoco existen evidencias científicas de que tengan utilidad para el tratamiento de la dependencia

de cocaína. Tampoco se ha encontrado utilidad para los antipsicóticos ni para los anticonvulsivantes.

En algunos estudios el disulfiram ha mostrado utilidad en cuanto al aumento de la abstinencia y la reducción del consumo.

Los fármacos opiáceos como la naltrexona y la buprenorfina, sólo son útiles en el caso de pacientes que sean dependientes de opiáceos y cocaína.

En la actualidad, se realizan investigaciones para el desarrollo de nuevos fármacos que incluyen nuevos dopaminérgicos, serotoninérgicos, antagonistas de cannabinoides, enzimas e inmunización (Lizasoain I. y, 2009).

Cualquier intervención farmacológica debe ir acompañada de apoyo psicológico y social. En la actualidad continúa la investigación sobre la “vacuna contra la cocaína”, que pretende producir anticuerpos que impidan los efectos de la sustancia, pero aún no se dispone de estudios concluyentes que permitan recomendar abiertamente esta opción para los pacientes dependientes de cocaína (Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre el tratamiento de la dependencia de cocaína, 2011).

Para recordar

- Productos que contienen cocaína:
- Perico, basuca, “patrasiao”, crack, base libre.
- Se consume por todas las vías: oral, esnifada, fumada, intravenosa, mucosas.
- Es un potente estimulante del SNC.
- Toxicidad aguda: aumento de signos vitales, midriasis, cefalea, agitación, arritmias, anorexia, insomnio, psicosis exotóxica.
- ¡OJO! Alcohol + cocaína: cocaetileno. Mayor toxicidad cardíaca.

- Toxicidad crónica: perforación de tabique nasal, isquemia cardiaca y cerebral, problemas pulmonares en quienes consumen vía fumada.
- Síndrome de abstinencia: irritabilidad, anhedonia, hipersomnia, hiperfagia, diaforesis, craving.
- Manejo de la intoxicación aguda:
 - ABCD, manejo sintomático de complicaciones, benzodiazepinas para agitación y convulsiones, NO beta-bloqueadores, “mulas”: remisión
 - Evidencias insuficientes de medicamentos para el manejo de la dependencia

Cannabis

Introducción

La marihuana es la “droga ilegal” más consumida en todo el mundo. El nombre científico de la marihuana es *Cannabis sativa* y las especies índica y americana son las más consumidas. Es una planta anual, dioica (tiene macho y hembra) que contiene sustancias psicoactivas en todas sus partes (excepto las semillas). Las hojas y extremos florecidos de la planta hembra son las que tienen un contenido más alto de cannabinoides.

Algunas variedades del *Cannabis* pueden usarse como fuente de fibra para cuerdas y tejidos y el fruto de la planta denominado cáñamón se emplea para la obtención de grasas.

Recibe el nombre de hachís, la resina de la planta que ha sido purificada mediante disolventes orgánicos tipo gasolina o cloroformo para obtener concentraciones mayores de sustancias psicoactivas. El *Cannabis* es una planta que se consume desde tiempos muy remotos con fines diversos. Al parecer hay reportes antiquísimos de su uso con fines religiosos y terapéuticos, en la China y en la India. Porque el Islam prohíbe el consumo de bebidas alcohólicas, en el

Oriente cercano el *Cannabis* es el intoxicante preferido desde hace muchísimos años. En 1290, Marco Polo, en sus viajes legendarios, lleva el hachís de Oriente a Europa. Durante la segunda mitad del siglo XX se popularizó el uso de la marihuana como “droga recreativa” y en los años 60 el movimiento *hippie* se encargó de difundirla.

Actualmente, al consumo de formas tradicionales de *Cannabis*, se añade el de “nuevas marihuanas”, las cuales son manipuladas para incrementar la cantidad de sustancias psicoactivas. En nuestro medio, los tipos de marihuana considerados por los consumidores como de “alta calidad” por su mayor contenido de THC (tetrahidrocannabinol), son conocidas popularmente como “cripa, cripy o crespa”. Estas formas de marihuana pueden obtenerse mediante formas de cultivo especial (marihuana de interiores, cultivos hidropónicos) o mediante el uso de semillas seleccionadas (sin semilla, feminizadas y auto florecientes) o cruces de semillas que pueden ser compradas a través de internet, en los abundantes sitios web, especializados en el tema. “White widow”, “skunk #11”, “super star”, “fulanita”, “wi-wi”, “american golden”, “purple #1” y “blueberry” son algunos de los nombres de las semillas que se utilizan para obtener las cripas. Algunas variedades de estas semillas pueden dar origen a la llamada “marihuana morada”.

Adicionalmente, hay un interés creciente en la investigación de los potenciales usos médicos del cannabis y sus derivados, lo cual ha llevado a su legalización para uso médico en algunos países.

Uruguay se convirtió en el primer país del mundo en legalizar la producción, venta y consumo del cannabis, obviamente con restricciones del Estado; otros países como Holanda, Portugal, Argentina, entre otros, tienen legislaciones permisivas frente al uso de cannabis y recientemente Alaska, Oregón y Washington en Estados Unidos legalizaron el cannabis para uso recreativo.

En Colombia, sigue vigente la despenalización del porte de la dosis personal que, para la cannabis corresponde a 22 gramos.

(Sentencia No. C-221/94 y Sentencia C-491/12).

Aspectos fármaco cinéticos

La marihuana se consume usualmente fumada, pero cada vez es más frecuente su uso por vía oral.

Por la vía respiratoria, la sustancia se absorbe rápidamente y tiene efectos que alcanzan su máximo entre 20 y 30 minutos y que pueden durar entre dos y tres horas. La cantidad absorbida por esta vía depende de la habilidad del fumador para inhalar el humo.

Por vía oral, la absorción es lenta e irregular, son necesarias dosis más elevadas y el comienzo de los efectos (1-3 horas) y la duración de los mismos es más prolongada.

La *Cannabis sativa* contiene más de 400 sustancias químicas que pueden agruparse así: cannabinoides, alcaloides, hidrocarburos, derivados y otros. Se han estudiado más de 60 cannabinoides y se ha encontrado que entre 10 y 15 de ellos tienen actividad psicotrópica y el delta 9 Tetrahidrocannabinol (Δ 9THC) es el principal agente psicoactivo.

El THC, principal psicoactivo de la marihuana, es liposoluble y tiene una alta unión con proteínas, especialmente albúmina, lo que explicaría que sólo una pequeña cantidad ingrese al SNC y afecte principalmente el caudado-putamen, tálamo, amígdala, hipocampo, corteza cerebral y septo.

El THC se distribuye por todo el organismo y, posteriormente, se acumula en el tejido graso.

Esta sustancia se metaboliza en el hígado y produce una gran cantidad de metabolitos activos y no activos y el más abundante de los primeros es el 11-hidroxi- Δ 9-THC (11-OH-THC). La eliminación es mayor por las heces que por la orina, donde el ácido 11-nor- Δ 9-THC-carboxílico es el metabolito urinario predominante y se utiliza como marcador biológico del consumo. La excreción total de los metabolitos puede tardar entre cinco y 25 días, de acuerdo con la

frecuencia del consumo. También es posible encontrar metabolitos del THC en sudor, saliva y cabello. El THC y sus derivados atraviesan la barrera placentaria y se excretan en la leche materna (Giraldo A., 2008).

Mecanismo de acción

El conocimiento del mecanismo de acción de la marihuana ha tenido avances en los últimos 50 años. En 1964, Gaoni y Mechoulam aislaron y caracterizaron el Δ^9 -THC. Entre 1988 y 1992 se encontraron receptores específicos en el cerebro para el cannabis y en 1992 se aisló la anandamida (sustancia endógena que se une con estos receptores).

Se ha concebido al THC como el más importante de los componentes activos, pero también participan en el mecanismo de acción CBN (cannabinol), que posee actividad psicoactiva y CBD (cannabidiol). El ácido cannabidiólico es inactivo pero se transforma en THC cuando se fuma el cannabis.

Además de los efectos mediados por los receptores específicos (CB1 y CB2), existen otras acciones mediadas por receptores de canales de calcio y otras no mediadas por receptores, que se distribuyen así:

- CB1: SNC: ganglios basales, hipocampo, cerebelo y testículos.
- CB2: Sistema inmune: células mieloides, macrófagos, monocitos de bazo y en zonas externas al bazo.

El número y afinidad de los receptores varían en diferentes condiciones fisiológicas y patológicas. En los consumidores crónicos se han encontrado alteraciones en la síntesis y liberación de GABA, glutamato y otros neurotransmisores.

Esta sustancia puede tener efectos estimulantes, sedantes o alucinógenos de acuerdo con la dosis, la concentración, el tiempo transcurrido después del consumo, la vulnerabilidad del sujeto al efecto psicoactivo y con las circunstancias.

Los cannabinoides endógenos se derivan del ácido araquidónico y el más conocido es la araquidonoiletanolamida, llamada anandamida, que se comporta como agonista de los receptores CB1. El 2-araquidonoilglicerol es otro endocannabinoide que se encuentra en el cerebro en mayor cantidad que la anandamida. Estas sustancias son consideradas neuromoduladores más que neurotransmisores. El sistema endocannabinoide ejerce un papel neuromodulador sobre diferentes procesos fisiológicos: cerebral, inmune, cardiovascular, endocrino y energético (Fernández, 2009).

Intoxicación aguda

Como los efectos pueden variar de un individuo a otro, a continuación se describen los efectos más comunes:

- **Signos vitales.** Los efectos sobre la presión arterial son variables: se aumenta si se está sentado o acostado y se disminuye si se está de pie. El hallazgo más frecuente es la disminución de la presión arterial en sujetos normotensos, lo que puede producir una taquicardia de rebote. A dosis elevadas se puede presentar bradicardia, disminución de la presión arterial con los cambios de posición (hipotensión ortostática) y cambios inespecíficos en el electrocardiograma. Parece no haber cambios significativos sobre la frecuencia respiratoria. Aunque no se conoce el mecanismo de acción específico, se cree que el THC actúa sobre el centro hipotalámico regulador de la temperatura y se ha hallado hipotermia.
- **Ojos.** Inyección conjuntival y edema palpebral son síntomas comunes. Aunque no es frecuente, algunos sujetos presentan mi-driasis leve. También puede haber disminución de la presión intraocular.
- **Boca.** Disminución de la salivación; mucosas secas.
- **Pulmones.** Se produce broncodilatación, pero también es frecuente la irritación y fenómenos obstructivos que se atribuyen a los alquitranes (material particulado de los hidrocarburos).
- **Sistema neurológico.** Alteración del estado de conciencia (agitación o somnolencia); alteraciones de la coordinación y del equilibrio y la estabilidad de la postura (ataxia).

- **Efectos psicológicos.** Euforia, sensación de alegría y risa incontrolable o inapropiada, locuacidad, alteración en la percepción del tiempo (enlentecimiento) y el espacio (se distorsionan las distancias), trastornos del juicio, la cognición, la memoria reciente y la atención, disminución de las habilidades para realizar tareas motoras. Generalmente la fase excitatoria es seguida de una fase depresiva, con sedación y sueño.
- **Las alteraciones sensoperceptivas** consisten en una mayor intensidad y calidad en la percepción de imágenes, colores y sonidos. Además de efectos desagradables como ansiedad, suspicacia, aislamiento social, experiencias de despersonalización, alucinaciones, trastornos delirantes y crisis de pánico.
- **Otros.** Aumento del apetito, más marcado en la fase postóxica y aumento de la frecuencia de eliminación urinaria.

La intoxicación aguda por marihuana es un cuadro poco frecuente y no conlleva mayor gravedad. Dicha intoxicación es más frecuente con el consumo oral y los cuadros pueden ser más severos en los niños (Giraldo A. , 2008).

En los últimos años, con el incremento del consumo de marihuanas más potentes, las atenciones más comunes por urgencias relacionadas con cannabis se deben a psicosis exotóxicas.

Efectos del consumo crónico

Navarro y cols. 2009, dicen que: «el consumo ocasional de cannabis no acarrea consecuencias orgánicas graves prácticamente nunca y su empleo habitual lo hace en pocas ocasiones».

Los efectos del consumo crónico de marihuana son motivo de controversias porque los estudios científicos realizados hasta el momento tienen inconvenientes que no permiten llegar a conclusiones definitivas, tales como: uso de modelos animales, uso de sustancias sintéticas, baja hidrosolubilidad de los cannabinoides, consumo simultáneo de otras sustancias como alcohol y cigarrillo por parte de los voluntarios que participan en estas investigaciones, etc. Sin

embargo, a continuación se enumeran los efectos más citados en la literatura científica:

- **Aparato respiratorio.** Por los efectos irritativos del humo de cannabis, puede haber afección del tracto respiratorio con presencia de cuadros inflamatorios e infecciosos tales como uvulitis, laringotraqueitis, rinosinusitis crónica, bronquitis crónica y asma.

El contenido de alquitrán de un cigarrillo de marihuana es 4 -5 veces mayor que el de un cigarrillo de tabaco, así como el contenido del benzotraceno y benzopirina, sustancias reconocidas como cancerígenas y que se encuentran contenidas aproximadamente 70 veces más en la marihuana que en el tabaco. Por lo que se cree que el efecto cancerígeno del cannabis pueda ser mayor que el del tabaco; sin embargo, no hay evidencias clínicas que soporten esta afirmación.

En algunos países como España, el uso más frecuente del cannabis es la mezcla de hachís con picadura de cigarrillo, lo que incrementaría los efectos tóxicos del cannabis sobre el aparato respiratorio.

- **Sistema endocrino.** Las alteraciones hormonales pueden producir disminución en la cantidad y calidad de los espermatozoides, alteraciones en la menstruación y la ovulación. En lo atinente al sistema hormonal se ha comprobado que en los consumidores habituales de sexo masculino hay una disminución de las concentraciones de testosterona. También se han encontrado alteraciones hormonales en las mujeres con disminución de la secreción de la hormona luteinizante (LH), folículo estimulante (FSH) y prolactina. Sin embargo, no se conocen las implicaciones clínicas de estas alteraciones.
- **Efectos en el feto.** Los datos con los que se cuenta hasta el momento no son concluyentes.

- **Sistema inmune.** Aunque se ha demostrado un efecto inmunodepresor en animales de experimentación, aún no está demostrada la importancia clínica de dicho efecto (Navarro M. e., 2009).
- **Complicaciones psiquiátricas.** Alteraciones crónicas de la memoria, la atención y la concentración pero no existen estudios científicos que hayan confirmado la presencia de deterioro cerebral permanente.

La pérdida de interés por el aspecto personal, el abandono de las actividades sociales y el desinterés por el estudio o el trabajo, que se observa en algunos consumidores crónicos, recibe el nombre de “síndrome amotivacional”; aunque éste no es un diagnóstico oficial y existe controversia en la literatura acerca de sí puede establecerse o no una relación de causa-efecto entre el abuso de la sustancia y la presencia de estos síntomas.

A continuación se transcribe la posición del NIDA frente a las complicaciones agudas y crónicas del uso de cannabis:

- Agudas (presentes durante la intoxicación)
 - Deterioro de la memoria a corto plazo
 - Deterioro de la atención, el juicio y otras funciones cognitivas
 - Deterioro de la coordinación y el equilibrio
 - Aumento en el ritmo cardiaco
 - Episodios psicóticos.
- Persistentes (duran más que la intoxicación pero no siempre son permanentes)
 - Deterioro de la memoria y las habilidades para el aprendizaje
 - Deterioro en el sueño.
- A largo plazo (efectos acumulativos del abuso crónico)
 - Puede llevar a la adicción
 - Aumento en el riesgo de la tos crónica y la bronquitis
 - Aumento en el riesgo de la esquizofrenia en personas susceptibles
 - Puede aumentar el riesgo de ansiedad, depresión y síndrome amotivacional.*

* Estos son síntomas o trastornos que, a menudo, informan que ocurren concurrentemente con el consumo de marihuana. Sin embargo, las investigaciones aún no han determinado si la marihuana es la causa de estos problemas mentales o si simplemente está asociada con estos problemas mentales. (NIDA, NIH/ National Institute on Drug Abuse, 2005. Revisado 2011 y 2013).

Además, se transcriben las conclusiones de la Academia americana de psiquiatría de niños y adolescentes frente a la política de legalización de la marihuana, citadas por el Dr. Luis Fernando Giraldo en su conferencia: «Mitos y realidades sobre la marihuana»

- El consumo de marihuana no es benigno, uno de cada seis adolescentes que fuma marihuana desarrollará un trastorno relacionado con su uso.
- El uso pesado en la adolescencia se asocia con aumento en la incidencia y empeoramiento del curso de trastornos psicóticos, trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad y uso de sustancias durante la vida.
- Además, los efectos deletéreos de la marihuana en el desarrollo del cerebro en los adolescentes, cognición, y funcionamiento social pueden tener efectos inmediatos y a largo plazo incluyendo aumento del riesgo de accidentes de tránsito, victimización sexual, fracaso académico, declive en las medidas de inteligencia, psicopatología, adicción y deterioro social y ocupacional.
- 1. Se oponen a la legalización de la marihuana, 2. Soporta la iniciativa de difundir los efectos negativos de THC en adolescentes 3. El acceso a tratamientos con soporte en la evidencia. 4. Soporta la vigilancia constante a las políticas (Giraldo L., 2014).

Síndrome de abstinencia

Aunque el DSM-IV TR no incluía la presencia de este cuadro, el DSM-V sí lo incluyó y en la CIE-10 también está. Al parecer, este síndrome sólo se da en consumidores “pesados” de la sustancia. Los síntomas más frecuentes son: disforia, irritabilidad, inquietud, temblor, náuseas, sudoración, anorexia e insomnio.

Se transcriben los criterios para abstinencia de cannabis del DSM-V:

- A. Cese brusco del consumo de cannabis, que ha sido intenso y prolongado (consumo diario o casi diario, durante un periodo de varios meses por lo menos).

- B. Aparición de tres (o más) de los siguientes signos y síntomas aproximadamente en el plazo de una semana tras el Criterio A:
 - 1. Irritabilidad, rabia o agresividad.
 - 2. Nerviosismo o ansiedad.
 - 3. Dificultades para dormir (insomnio, pesadillas).
 - 4. Pérdida de apetito o de peso.
 - 5. Intranquilidad.
 - 6. Estado de ánimo deprimido.
 - 7. Por lo menos uno de estos síntomas físicos que provoca una incomodidad significativa: dolor abdominal, espasmos y temblores, sudoración, fiebre, escalofríos o cefalea.
- C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas del funcionamiento.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Tratamiento

Intoxicación aguda:

Las siguientes son las recomendaciones de la Guía de manejo de urgencias toxicológicas del Ministerio de Salud para el manejo de la intoxicación aguda por cannabis:

- 1. Tranquilizar al intoxicado con una relación de tranquilidad que permita serenarlo. Procurar para ello un lugar tranquilo y aislado.
- 2. Recoger información del intoxicado y de sus compañeros sobre consumos asociados que podrían complicar la intoxicación.
- 3. Descartar el consumo de otras drogas.
- 4. Posiblemente en agitación o psicosis se requiera también una benzodicepina comolorazepam, diazepam o midazolam.
- 5. La hipotensión ortostática responde a líquidos endovenosos y posición de Trendelenburg.
- 6. No tiene antídoto específico.
- 7. Después de ingestión se puede realizar lavado gástrico, administrar carbón activado e inducción del vómito en niños, si la exposición ocurrió hace pocos minutos.
- 8. Los métodos de eliminación rápida no son efectivos por el gran volumen de distribución de los cannabinoides.

9. Solicitar cannabinoides en orina.
10. Solicitar electrocardiograma, cuadro hemático con conteo de plaquetas, pruebas defunción renal, electrolitos, glucosa (Gutiérrez, 2008). Actualmente no se cuenta con medicamentos específicos para el manejo del síndrome de abstinencia y de la dependencia del cannabis (Arias, 2009).

Usos terapéuticos

Los usos terapéuticos del *Cannabis* son conocidos desde tiempos muy remotos, pero fueron declinando a través del siglo XX gracias a la aparición de compuestos más útiles y a la declaración del carácter ilegal de la sustancia por el abuso de la misma.

Con el descubrimiento del sistema endocannabinoide, se ha abierto de nuevo la investigación con sustancias sintéticas similares que pretenden evadir los efectos psicoactivos de los cannabinoides y han sido considerados como uno de los principales problemas para el uso medicamentoso de cannabis vegetal.

Los principales usos terapéuticos de los derivados del cannabis son en dolor crónico, en diversas enfermedades neurológicas que afectan el tono muscular y la coordinación motora, neuroprotección en accidentes cerebrovasculares y enfermedades neurodegenerativas; náuseas, vómito y anorexia; asma. También se estudia su potencial como anticonvulsivante, como antitumoral en tumores específicos, en enfermedades del sistema inmune que puedan beneficiarse de sus efectos inmunosupresores, en el glaucoma y en el tratamiento de la dependencia a otras drogas de abuso como el alcohol, la cocaína y los opiáceos (Ramos, Cannabis (III). Posible utilidad terapéutica de los derivados del cannabis, 2009).

A manera de conclusión: los consumidores de marihuana necesitan saber cuáles son los riesgos reales a los que se exponen con el uso de esta sustancia y muchas personas que padecen diversas enfermedades necesitan saber si los derivados del cannabis son una alternativa para menguar su sufrimiento. Estas preguntas tienen sólo una respuesta: es necesario investigar más sobre este tema.

Para recordar

- La marihuana es la “droga ilegal” más consumida en todo el mundo.
- En la actualidad se consiguen marihuanas de alta potencia como la llamada “cripa”.
- Intoxicación aguda. Inyección conjuntival, sequedad de mucosas, hilaridad, alteraciones sensorceptivas, alteraciones de equilibrio, psicosis exotóxica.
- Los efectos nocivos del cannabis son mayores mientras más temprano se inicie su consumo.
- Síndrome de abstinencia: irritabilidad, inapetencia, insomnio, depresión.
- Efectos crónicos: alteraciones de memoria, atención y capacidad de aprendizaje. Problemas pulmonares.
- Para la intoxicación aguda, la intoxicación crónica y el síndrome de abstinencia el tratamiento es sintomático.
- Principales usos terapéuticos de derivados del cannabis: dolor crónico, enfermedades neurológicas, náuseas, vómito y anorexia, glaucoma.

Sedantes e hipnóticos

Benzodiacepinas

Introducción

Las benzodiacepinas (en adelante BDZ) hacen parte de un grupo de medicamentos depresores del sistema nervioso central, catalogadas farmacológicamente como ansiolíticos, que se conocen desde 1955 cuando Sterbach sintetizó accidentalmente el clordiazepóxido; inicialmente, no se encontró utilidad clínica para esta sustancia, pero en 1957 se descubrieron sus propiedades sedantes y relajantes musculares. A partir de 1960 el clordiazepóxido estuvo disponible en el mercado.

Desde que se empezaron a comercializar estos medicamentos tuvieron acogida, pues tenían menos riesgos de mortalidad y de crear adicción que los otros tranquilizantes disponibles en ese momento. La década de 1965-1975 fue la de mayor auge de prescripción de estos medicamentos en Estados Unidos y Europa y, en ese momento, recibieron el nombre de “píldoras de la felicidad”. Desde entonces se han sintetizado más de tres mil BDZ y más de un centenar se han comercializado. En el momento se dispone de aproximadamente 15 para la práctica médica cotidiana. La calidad e intensidad de los efectos producidos por estos medicamentos pueden variar de acuerdo con el agente específico, con las dosis ingeridas y los factores individuales.

Estos medicamentos se usan como ansiolíticos, hipnóticos, anticonvulsivantes, relajantes musculares, en síndromes de abstinencia a alcohol u otras drogas y como medicación pre-anestésica (Giraldo A. , 2008).

Estos fármacos son muy utilizados tanto en atención primaria como en la práctica psiquiátrica, por lo que hay que estar atentos a las complicaciones agudas y crónicas que pueden presentarse con su uso, sobre todo en los ancianos a quienes se les prescribe frecuentemente y son el grupo más vulnerable para sus efectos nocivos.

FARMACOLOGÍA

Aspectos fármaco cinéticos

Las BDZ se absorben muy bien por vía oral; su absorción por vía intramuscular es lenta y errática, especialmente para clordiazepóxido y diazepam. Las de mejor absorción intramuscular son lorazepam y midazolam. La vía intravenosa puede producir tromboflebitis en el caso del diazepam y se han reportado casos de apnea con la inyección rápida de lorazepam. Otra vía de administración y cuya absorción es muy rápida es la sublingual con gotas de clonazepam o tabletas sublinguales de lorazepam.

Estos medicamentos se unen a proteínas plasmáticas de manera variable, se distribuyen a través de todo el organismo gracias a su alta liposolubilidad y atraviesan la barrera hemato-encefálica, la placenta y se excretan en la leche materna. Se metabolizan por reacciones de oxidación y nitro reducción, se producen metabolitos activos. El diazepam, el clordiazepóxido, el clorazepato, el cloxazolam, el estazolam, el alprazolam, el oxazolam y el prazepam, se convierten en N-desmetildiazepam, metabolito activo con menor potencia que las benzodiazepinas originales, pero conserva actividad farmacológica y una vida media de 36-200 horas.

El nitrazepam, flunitrazepam, lorazepam, oxacepam y temacepam no requieren suficiencia hepática para su metabolización, por lo tanto, son ideales para pacientes con patología hepática o que estén tomando medicamentos que alteren la metabolización a través del hígado.

Algunas benzodiazepinas como el lorazepam, se conjugan con el ácido glucurónico y se excretan por orina sin producir metabolitos activos. La mayoría de las BDZ se excretan por orina. Usualmente, las BDZ se clasifican de acuerdo con la duración de sus efectos y la vida media de eliminación (tiempo necesario para que la concentración de un medicamento en la sangre se reduzca hasta la mitad). Estos medicamentos varían en su potencia, dato imprescindible para el manejo de la dependencia. En la siguiente tabla pueden observarse las diferencias de las BDZ en cuanto a vida media y potencia. (Tabla 10)

En la tabla 11 (siguiente página) se resume las características farmacológicas de las benzodiazepinas.

Mecanismo de acción

Las BDZ interactúan con un complejo macromolecular cerebral que contiene receptores para BDZ, barbitúricos, alcohol y un canal para cloro. Ellas se unen con la subunidad alfa del receptor GABA-A e incrementa la acción inhibitoria del GABA, facilita la apertura del

Tabla 10. Vida media y dosis equivalentes de las benzodiazepinas

Principio activo (nombre comercial, presentación mg)	Vida media (horas)**	Dosis equivalentes (mg)***
Acción ultracorta (<6h)		
Benzazepam (Tiadipona 25)*	2-5	25
Brotizolam (Lindormin 0,25)	3-8	0,25
Triazolam (Somese 0,25)	3-5	0,125-0,25
Midazolam (Dormicum 5, 7.5)	1-5	7.5
Acción intermedia (6-24h)		
Alprazolam (Xanax 0,25; 0,5; 1; 2)	12-15	0-25-0,5
Bromazepam (Lexotan 1,5; 3; 6)	10-20	3-6
Flunitrazepam (Rohypnol 1; 2)	15-30	0,5-1
Loprazolam (Somnovit 1)*	4-15	0,5-1
Lorazepam (Ativan 1;2)	11-30	0,5-1
Lormetazepam (Loramet 1; 2)	11-30	0,5-1
Acción larga (>24h)		
Clobazam (Urbadan 10)	18	10
Cloracepato dipotásico (Tranxilium 5; 10; 15; 50)*	30-48	7,5
Diazepam (Valium 2; 2,5; 5 y 10)	20-100	5
Flurazepam (Dormodor 30)*	24-100	15
Halazepam (Alapryl 40)*	30-100	10
Ketazolam (Sedotime 15; 30; 45)*	6-25	7,5
Quazepam (Quiedorm 15)*	40-55	10
Clonazepam (Rivotril 0,5; 2)	18-50	0,25-0,5

(*) No disponibles en Colombia

(**) La vida media presenta una considerable variabilidad individual.

(***) Las dosis equivalentes varían según diferentes autores.

Adaptado de Monografía sobre el tratamiento de la suspensión de las benzodiazepinas (Ashton, 2002).

canal de cloro y produce una hiperpolarización con la consiguiente inhibición de la transmisión nerviosa produciendo efectos depresivos en el SNC (Moro M. y., 2009).

Tabla 11. Características farmacológicas de las BDZ

Características farmacológicas de las benzodiacepinas
<p>Farmacocinética de las benzodiacepinas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Liposolubles. -Absorción completa y sin modificaciones por vía oral. -Por vía i.m. la absorción es lenta y errática, excepto con midazolam. -Distribución: % de unión a proteínas elevado (mayor de 95% en las de acción prolongada, 75-85% en las restantes, excepto midazolam 0.8-2%). -Atraviesan la barrera hematoencefálica. -Metabolización hepática (hidroxilación, glucoronconjugación). -Algunas tienen metabolitos activos que alargan la vida media. -Eliminación por la orina (diazepam tiene circulación entero-hepática).
<p>Farmacodinámica:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Agonistas puros en el lugar de unión benzodiacepínico del receptor GABA. -Múltiples efectos: miorrelajante, sedante, ansiolítico, hipnótico, inductor anestésico y anticonvulsivante.
<p>Potencia:</p> <p>Baja: clordiazepóxido, oxacepan.</p> <p>Media: diazepam, clorazepato, clobazam.</p> <p>Alta: lorazepam, clonazepam, flunitrazepam, alprazolam.</p>

Tomado de Pereiro, C. ed. (2010).

Aunque todas las benzodiacepinas se comportan como agonistas completos (en presencia de la sustancia y dependiendo de la potencia, el sistema responde con el máximo de capacidad), hay algunas más potentes que otras (clonazepam > lorazepam > diazepam > oxacepan).

En los mecanismos de dependencia, se encuentran involucrados, además del complejo macromolecular ya mencionado, el sistema glutamatérgico, el serotoninérgico y otras sustancias como la GABA-modulina y las betacarbolinas.

Es importante recordar que presenta tolerancia para todos los efectos de las benzodiacepinas y es más precoz la de los efectos hipnóticos, pero presentándose también para los efectos sedantes y anticonvulsivantes. La tolerancia es mayor mientras más altas sean las dosis y más prolongados los tratamientos. También es importante tener presente que se presenta el fenómeno de tolerancia cruzada con alcohol y otros sedantes.

Todas las BDZ tienen cinco efectos principales que se usan con propósitos terapéuticos: efecto ansiolítico, hipnótico, miorrelajante, anticonvulsivo y amnésico (preanestesia y sedación en cirugías menores). Aunque todas las BDZ comparten sus aplicaciones se considera que el diazepam es la de mejor efecto ansiolítico y miorrelajante. El alprazolam se prefiere en el manejo del trastorno de pánico y las de elección como anticonvulsivantes son: diazepam, flunitrazepam y clonazepam.

INTOXICACIÓN AGUDA

Generalmente las BDZ producen alivio de la ansiedad, calma, sedación, somnolencia, amnesia y deterioro de la función cognitiva. La mayoría de los individuos experimentan sensaciones subjetivas placenteras de relajación física y mental semejantes a las de la intoxicación alcohólica. Otros pueden presentar, paradójicamente, agitación, excitación, irritabilidad, ataques de ira y alucinaciones. En ocasiones, las BDZ pueden producir cefalea, mareo, náuseas, nerviosismo y obnubilación mental; síntomas que pueden ser experimentados por sus consumidores como sensaciones disfóricas.

Cuando se evalúan pacientes bajo el efecto de BDZ, se encuentran relajados, sin preocupaciones, generalmente somnolientos, algunas veces locuaces; con habla farfullante, incoordinación muscular, ataxia y desorientación. También es posible encontrar reacciones paradójicas en pacientes con cuadros agitados, en quienes se observa desinhibición de la conducta y cuadros agresivos. Estas reacciones se dan, de manera ocasional, por dosis terapéuticas.

Todas las BDZ producen diversos grados de amnesia, cuya magnitud y duración dependerá de la dosis y vía de administración del medicamento. Mientras más alta sea la dosis ingerida, la amnesia será más intensa y prolongada y algunos estudios sugieren que la administración intravenosa también puede aumentar la intensidad y duración. Los pacientes presentan amnesia de tipo anterógrado, es decir, pérdida de la memoria de los sucesos ocurridos después del consumo de la sustancia. Se cree que las BDZ afectan la memo-

ria y alteran el mecanismo de consolidación necesario para transferir la memoria a corto plazo a la de largo plazo.

La mayoría de efectos agudos del consumo de BDZ comprometen al sistema nervioso central, puesto que los efectos sobre los otros sistemas son poco significativos.

En el sistema cardiovascular, ocasionalmente, se presenta hipotensión después del uso intravenoso de estas sustancias.

La depresión grave del sistema respiratorio es poco frecuente y cuando se presenta afecta individuos con enfermedad previa de este sistema o cuando se consumen simultáneamente otros depresores.

Los efectos tóxicos son la prolongación de sus efectos farmacológicos y la depresión del sistema nervioso central es el efecto clínico más constante. Las BDZ potencian el efecto de otras drogas depresoras, razón por la cual, cuando se presentan estas combinaciones, se pueden hallar, además de los efectos sobre el sistema nervioso, depresión de los sistemas respiratorio y cardiovascular.

En el examen físico se encuentran pacientes somnolientos, estuporosos o comatosos, con incoordinación motora, ataxia, vértigo y trastornos visuales, con disminución o ausencia de reflejos. Cuando los pacientes han ingerido mezclas de depresores se puede encontrar, además de lo anterior, hipotensión arterial o compromiso respiratorio que progresan hasta el paro cerebro-cardio-respiratorio. Cuando los pacientes se recuperan de la intoxicación, generalmente, refieren amnesia anterógrada y cefalea. Las muertes atribuibles a una sobredosis exclusiva de BDZ es una condición extremadamente rara.

EFFECTOS DEL CONSUMO CRÓNICO

Los principales efectos del consumo crónico de benzodiazepinas son las alteraciones de las funciones intelectuales cognitivas con deterioro de la atención, la concentración y la memoria, y hasta al-

teraciones de la conducta con apatía, irritabilidad y deterioro de la personalidad que afectan el desempeño social del individuo. A medida que el consumo se vuelve crónico, aumenta el riesgo de abuso y dependencia; además, como la depresión del sistema nervioso es constante, pueden darse accidentes y suicidios. Se cree que aproximadamente el 35% de los pacientes que toman benzodiazepinas durante más de 4 semanas desarrolla dependencia. (Moro M. y., 2009). El consumo crónico de BDZ está relacionado con una mayor accidentalidad de tránsito y en pacientes ancianos con mayor riesgo de caídas y fracturas de cadera.

Síndrome de abstinencia (SA)

Cuando se suspende el consumo crónico de BDZ pueden presentarse tres fenómenos distintos:

- **Recurrencia.** Ocurre semanas o meses después de suspender un tratamiento con benzodiazepinas. Los síntomas son de igual magnitud que los que originaron el tratamiento y son persistentes en el tiempo.
- **Rebote.** En este caso, los síntomas aparecen en horas o días después de la suspensión y pueden ser más intensos que los previos al tratamiento. Generalmente, se trata de cuadros de duración breve.
- **Síndrome de abstinencia.** En este cuadro, además de los síntomas previos, aparecen otros nuevos. Generalmente, aparece de manera rápida en relación con la suspensión y su duración es variable, entre uno y siete días después de la suspensión y tiene una duración aproximada de 2-8 semanas sin tratamiento. Predominan síntomas opuestos al efecto farmacológico de las BDZ (Moro M. y., 2009).

Los síntomas que caracterizan al SA son:

Ansiedad, insomnio, irritabilidad, náuseas, palpitaciones, inquietud, cefalea, temblor, anorexia, sabor metálico, alteraciones en el electroencefalograma. Convulsiones epilépticas (generalmente de tipo Gran Mal). Estas son más frecuentes en niños. Se considera que

la prevalencia de convulsiones por abstinencia de BDZ es del 1% y es mayor la cifra cuando el paciente es también dependiente de alcohol.

Otros síntomas posibles son diarrea o constipación, distensión abdominal, dolores musculares y alteraciones marcadas de atención y memoria, estados confusionales con desorientación, alteraciones de la percepción y del movimiento: contracciones musculares, fasciculaciones, hiperestesia sensorial (auditiva, táctil y olfatoria), psicosis con ideas paranoides, ilusiones y, rara vez, alucinaciones.

Los pacientes dependientes de BDZ, frecuentemente, abusan de otras drogas, lo que puede dar lugar a síndromes de abstinencia complejos con síntomas que enmascaren los de la dependencia a BDZ. La frecuencia y gravedad de los síndromes de abstinencia están determinadas por la dosis diaria (a mayor dosis diaria, mayor gravedad); duración del tratamiento (mayor riesgo de aparición de SA, mientras más prolongado sea el tratamiento); cinética de eliminación (mayor frecuencia y gravedad del síndrome, mientras más corta es la duración de acción del medicamento) y, finalmente, la suspensión abrupta dará lugar a síndromes más graves (Moro M. y., 2009).

En consumidores únicos de BDZ, el síndrome de abstinencia raramente es una condición que amenace la vida. Cuando se trata de BDZ de acción corta, el síndrome de abstinencia ocurre a los dos días de la suspensión; mientras que en el caso de las de larga duración puede comenzar entre dos y 10 días después del cese. Algunos autores mencionan que en algunos casos el comienzo puede demorar hasta tres semanas después de suspender el medicamento. El síndrome de abstinencia de las de corta duración suele ser más severo y, en general, para todas las BDZ, el síndrome puede tener una duración de semanas o hasta meses. La cantidad y la frecuencia de reducción de las dosis es el factor que más afecta la gravedad de los síntomas abstinenciales (Ashton, 2002). (Tabla 12)

Tabla 12. Síntomas de intoxicación y abstinencia de benzodicepinas

INTOXICACIÓN	ABSTINENCIA
Lenguaje incomprensible	Hiperactividad autonómica PA >140/100; FC >100
Incoordinación motora	Diaforesis, ataques de pánico
Problemas de equilibrio	Temblor en manos, mialgias, fotofobia
Nistagmos horizontal	Agitación psicomotora y ansiedad marcada
Atención y memoria recientes alteradas	Náusea, vómito, insomnio, pesadillas
Somnolencia y estupor (en casos graves, depresión respiratoria y coma).	Psicosis y alucinaciones visuales y táctiles. Convulsiones tipo gran mal.

Tomada de HHSC, Guías de manejo en Psiquiatría, 2006. (Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón, 2006).

Existen guías para evaluar la intensidad del síndrome de abstinencia. Las más referidas en la literatura son la CIWA-B (Clinical Institute Assessment of Withdrawal of Benzodiazapines; la PWC (Physician Withdrawal Checklist) y la BWSQ (Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire); sin embargo, no existen versiones validadas ni adaptadas al español.

Trastornos por uso de benzodicepinas

En la actualidad se acepta que puede desarrollarse dependencia en algunos sujetos que toman dosis terapéuticas. Algunos autores mencionan que hasta el 35% de los pacientes que toman este fármaco por más de cuatro semanas puede desarrollar dependencia (Moro M. y., 2009).

Existen varios tipos de dependencia de las BDZ que se superponen entre sí.

TIPOS DE DEPENDENCIA DE BENZODIACEPINAS

Dependencia con dosis terapéutica. Se da en pacientes que toman dosis recetadas por un médico, hace varios meses o varios años y que

experimentan que necesitan el medicamento para el desarrollo “normal” de sus actividades cotidianas. En general, estos pacientes continúan tomando BDZ aunque la causa original que los llevó a consultar haya desaparecido. Es común ver pacientes cuyos síntomas ansiosos persisten o se agravan, a pesar de seguir tomando el fármaco.

Dependencia de dosis elevadas con receta. Corresponde a un bajo número de personas que iniciaron la toma de BDZ por prescripción médica pero que, con el paso del tiempo, incrementaron la dosis inicial. En estos pacientes es más frecuente el diagnóstico dual: depresión, ansiedad y trastornos de personalidad.

Abuso “recreativo” de benzodiacepinas. El uso de las BDZ como drogas está aumentando en todo el mundo. Se cree que entre el 30 y el 90% de los poliadictos en todo el mundo usan BDZ (Ashton, 2002).

En Colombia, adolescentes y jóvenes usaban inicialmente flunitrazepam (Rohypnol®), pero ante su desaparición del mercado ha habido un aumento del abuso de clonazepam (Rivotril® y otras marcas), generalmente, acompañado de otras sustancias psicoactivas como alcohol, marihuana, cocaína y heroína, con el fin de incrementar o modular síntomas estimulantes, depresores o de abstinencia de otras drogas. Estos pacientes utilizan dosis mayores que las terapéuticas.

TRATAMIENTO

Intoxicación aguda

El tratamiento de la intoxicación aguda se hace mediante el ABCD con soporte ventilatorio cuando sea necesario; para la descontaminación gastrointestinal es oportuno recordar las recomendaciones generales de manejo del paciente intoxicado en algunos casos seleccionados, puede utilizarse **flumazenil**, que actúa como antídoto de estas intoxicaciones.

Las recomendaciones para el uso de este medicamento son:

- Usarlo en caso de que se presenten coma o depresión respiratoria.
- Debe usarse con precaución en pacientes hipotensos, con arritmias u alteraciones hemodinámicas.
- Existe riesgo de que se produzcan convulsiones en pacientes con antecedentes de epilepsia, aumento de la presión intracraneana, uso simultáneo de antidepresivos tricíclicos, anticonvulsivantes, cocaína y en pacientes con dependencia de BDZ puede generar, además, síndrome de abstinencia.
- La dosis inicial es de 0.2 mg IV (0.01 mg/kg en niños), y si no se obtiene respuesta se suministran bolos de 0.3 mg, de acuerdo con la necesidad, hasta un máximo de 3 mg en adultos y 1 mg en niños.

En casos de intentos suicidas, se debe solicitar la valoración y seguimiento psiquiátricos (Gómez U. y., 2008).

Aunque pueden solicitarse niveles séricos de benzodiazepinas éstos carecen de utilidad porque no se correlacionan con la gravedad ni con el pronóstico de la intoxicación. En urgencias es preferible usar las mediciones cualitativas o semicuantitativas de BZ y sus metabolitos en orina con el propósito de descartar otras intoxicaciones por otros depresores del SNC.

En vista de que otros depresores del SNC y otras causas no tóxicas pueden producir cuadros similares a la intoxicación aguda por benzodiazepinas se deben solicitar pruebas de detección de otras sustancias, TAC, EEG, gases arteriales y electrolitos y pruebas de función renal (Zuluaga, 2012).

Intoxicación crónica

Antes de iniciar el manejo de la dependencia y del síndrome de abstinencia es importante:

- Realizar un adecuado diagnóstico de la dependencia y de otro posible trastorno mental; establecer el tipo de dependencia del paciente y prestar atención a los cuadros de ansiedad y trastornos de personalidad, que parecen ser más frecuentes en estos pacientes.
- Esclarecer en el patrón de consumo cuáles eran las dosis recientes que el paciente venía tomando; esto se dificulta por los trastornos de memoria producidos por las sustancias o porque los pacientes desean ocultar deliberadamente estos datos para minimizar la gravedad de su cuadro.
- Indagar por la presencia de síndromes de abstinencia previos, que pueden predecir la severidad del actual.
- Finalmente, diseñar y discutir con el paciente el plan de tratamiento, clarificar sus dudas y enfatizar en que dicho plan inicial se irá ajustando de acuerdo con la evolución clínica para tratar de garantizar la mayor comodidad del paciente.
- Recordar que tanto la dependencia como el síndrome de abstinencia son fenómenos individuales y, por lo tanto, el tratamiento debe ajustarse a las necesidades singulares y específicas del paciente (Ashton, 2002).

Cuando el síndrome de abstinencia es muy severo, se debe hospitalizar al paciente, previendo la posible aparición de convulsiones que, en caso de aparecer, se maneja con **fenitoína** a dosis de 15-20 mg/kg IV bolo, a una velocidad de infusión no mayor de 50 mg/min (ejemplo: paciente de 70 kg: 5,5 ampollas de 250 mg/100 ml SS para pasar IV en 30 min). Se debe vigilar el EKG por el riesgo de arritmias.

Hay consenso en la literatura sobre el manejo de la dependencia y del síndrome de abstinencia en lo que respecta a la utilidad de la reducción gradual de las dosis, en un período de 6-8 semanas, aunque algunos pacientes pueden requerir procesos más prolongados. Los pacientes que han tomado BDZ desde hace muchos años pueden requerir periodos de tiempo más largos para lograr la suspensión definitiva, mientras que aquellos pacientes que toman grandes cantidades por periodos cortos, pueden desintoxicarse en periodos más cortos.

Aunque no hay un consenso acerca de la terapia más adecuada, todas las revisiones coinciden en la recomendación de la reducción gradual. Inicialmente, si el paciente toma benzodiazepinas de acción corta o intermedia, se sustituyen por de acción larga en dosis equivalentes (Ver tabla sobre vida media y dosis equivalentes de las benzodiazepinas). Si toma BDZ de acción larga, puede iniciarse la disminución progresiva del mismo medicamento que el paciente tomaba (Ashton, 2002).

Vale la pena significar la importancia que adquiere el acompañamiento, apoyo y refuerzo positivo del médico ante los logros obtenidos por el paciente porque los pacientes que tienen trastornos mentales de base requieren manejo especializado y pueden tener déficit cognitivos que dificultan la comprensión de las indicaciones que se les da.

PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA

A continuación se hacen algunas recomendaciones en la prescripción habitual de BDZ para prevenir la aparición de dependencia:

- Usar las BDZ por periodos cortos (no más de cuatro semanas o pausas de semanas de descanso) y a la dosis mínima efectiva para la patología para la que se formulan.
- Si no hay mejoría después de una o dos semanas de tratamiento, reevaluar diagnóstico y tratamiento.
- Estar atento a la efectividad del tratamiento y al desarrollo de tolerancia.
- Si es necesario, usarlas durante periodos largos y preferir benzodiazepinas de vida media larga.
- No utilizar en pacientes con antecedentes de abuso de alcohol y otras drogas.
- No formular benzodiazepinas como antidepresivos o analgésicos.
- Recordar que la farmacoterapia es únicamente un componente dentro del enfoque global de manejo del paciente ansioso (Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria, 2008).

Para recordar:

- Benzodiacepinas se usan como ansiolíticos, miorrelejantes, anticonvulsivantes, hipnóticos, sedantes e inductores anestésicos.
- Intoxicación aguda: ataxia, disartria, alteraciones de equilibrio, incoordinación motora, alteración de memoria y conciencia. (Intoxicación grave cuando se combinan con otros depresores).
- Síndrome de abstinencia: hiperactividad autonómica, diaforesis, temblores, ansiedad, agitación, pesadillas, convulsiones (en un bajo %).
- Efectos crónicos: alteraciones cognitivas y conductuales.
- Manejo de la intoxicación aguda:
 - Manejo general del paciente intoxicado
 - Antídoto: Flumazenil. Solo en casos especiales
- Manejo del síndrome de abstinencia:
 - Disminución gradual de las dosis
- Prevención de la dependencia:
 - Si no es necesario no formularlas más de cuatro semanas.
 - No formularlas como analgésicos o antidepresivos.
 - No formularlas en adictos a otras drogas, sobre todo a depresores.

Bárbitoricos

Antes del surgimiento de las benzodiacepinas, era común el abuso y dependencia de barbitúricos, los cuales eran utilizados como hipnóticos, ansiolíticos, antiepilépticos y embriagantes. Los barbitúricos que más se utilizaban como drogas eran el secobarbital y el fenobarbital. En la actualidad, el uso de barbitúricos está limitado al tratamiento de algunos tipos de epilepsia y a la aplicación de tiopental como anestesia.

A continuación se brinda la información sobre el síndrome de abstinencia que aparece en la literatura científica. Mientras más alta sea la dosis y más prolongado el consumo, el síndrome de abstinencia es más intenso y su iniciación más precoz. Este es de tipo excitatorio, similar al producido por las benzodiazepinas y el alcohol etílico, pues, al parecer, estas sustancias comparten con los barbitúricos el mismo sustrato biológico de acción cerebral.

La supresión brusca produce ansiedad, aprensión, insomnio, pérdida del apetito, taquicardia y temblor muscular. Pueden presentarse convulsiones y, en casi la mitad de los pacientes, se desarrolla delirio, con desorientación temporo-espacial, alucinaciones visuales de tipo persecutorio, agitación, hipertermia, agotamiento, colapso cardiovascular y muerte.

El cuadro cede a las dos o tres semanas y está precedido de un sueño prolongado.

Durante las primeras 12-16 horas de cesar el consumo aparece ansiedad, temblor, espasmos abdominales, náuseas y vómitos y es frecuente la hipotensión ortostática. En las primeras 24 horas hay debilidad, hiperreflexia y aumenta el reflejo del parpadeo.

Los síntomas son similares a los del síndrome de abstinencia alcohólico. Permite establecer la diferenciación, la progresión más lenta de la sintomatología y el inicio tardío de las convulsiones (después de una semana de abstinencia), y la ocurrencia más frecuente del status epiléptico.

El tratamiento de la dependencia de barbitúricos se hace con disminución gradual de las dosis. También se han utilizado benzodiazepinas cuyas dosis se reducen gradualmente. En el caso de pacientes epilépticos o que presenten convulsiones durante el síndrome de abstinencia deben utilizarse antiepilépticos del tipo de la difenilhidantoína (Moro M. y., 2009).

Otros (Medicamentos Z)

En los últimos años se ha producido un incremento en el consumo de los llamados medicamentos Z para dormir (zolpidem, zopiclona, zaleplon) los cuales surgieron como una alternativa de las benzodiazepinas, pues no dañan la arquitectura normal del sueño, son seguras y, supuestamente, tienen menor potencial para producir tolerancia y abstinencia que las BDZ. Son metabolizados por el hígado y tienen una vida media corta (Roncero, 2010). Sin embargo, hay reportes mundiales de trastornos por uso de estas sustancias. En vista de esto, antes de prescribir estos medicamentos es necesario determinar adecuadamente quiénes son los pacientes que puedan estar en riesgo de desarrollar trastornos por estas sustancias (en especial los pacientes con TUS por alcohol y benzodiazepinas).

Tanto la zopiclona como el zolpidem poseen un potencial de abuso, dependencia y desarrollo de tolerancia y abstinencia. Aunque estas complicaciones no son muy frecuentes, pueden ser tan graves como en el caso de las benzodiazepinas.

El riesgo de desarrollar dependencia a zopiclona y zolpidem podría ser mayor en el caso de pacientes con trastornos de personalidad y de consumo de otras sustancias.

La experiencia clínica acumulada, los estudios en laboratorio con humanos y los modelos animales, indican que la capacidad de abuso y dependencia del zolpidem parece ser similar a las de las benzodiazepinas de vida media corta, como el triazolam.

La abstinencia de zolpidem o zopiclona puede acompañarse de crisis convulsivas, y ocasionalmente de síntomas psicóticos en el caso del zolpidem.

Es aconsejable hacer las mismas recomendaciones a los pacientes en tratamiento con zopiclona y zolpidem que las que habitualmente se hacen al prescribir benzodiazepinas (evitar conducir, manejar maquinaria peligrosa, etc.).

La venta sin receta médica de estas sustancias contribuye al desarrollo de patrones abusivos de consumo en ciertos pacientes. Sería recomendable informar tanto al personal sanitario como a los profesionales de farmacia de los riesgos inherentes al consumo sin control médico del zolpidem y la zopiclona (Elvira, 2001).

Para contribuir con el control del uso del zolpidem, la Resolución 2593 de 2012, lo incluyó en el listado de medicamentos de control (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social., 2012).

Para recordar:

Barbitúricos

- En la actualidad poco uso de barbitúricos como droga de abuso.
- Síndrome de abstinencia similar al de alcohol y benzodiacepinas.
- Tratamiento de síndrome de abstinencia y dependencia: disminución gradual de dosis, uso de benzodiacepinas.

Medicamentos Z

- Zolpidem, zopiclona, zaleplón.
- Potencial riesgo de desarrollar dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia.
- Síndrome de abstinencia puede provocar convulsiones.
- Prevención: tener cuidado en la prescripción a pacientes adictos a otras drogas o con trastornos de personalidad.

Opiáceos

Introducción

A partir de la adormidera (*Papaver somniferum*), también conocida como amapola, se obtiene el opio, compuesto por sustancias inactivas y activas; dentro de estas últimas se encuentran: morfina, codeína, tebaína, papaverina, narcotina y narceína, entre otros. Las tres primeras se caracterizan por ser analgésicas, estimulantes del músculo liso y por ser capaces de crear dependencia, mientras que las últimas no tienen potencial de generar dependencia y sólo sirven como analgésicos en dolores de tipo espástico.

El opio se utiliza con fines terapéuticos desde hace más de 4.000 años, pero el abuso de la sustancia se popularizó en Europa a partir del siglo XIX con el establecimiento de relaciones comerciales entre el Imperio Británico y algunos países orientales. Durante ese siglo, el opio se utilizó en forma de pastillas y líquida, mezclado con agua destilada y alcohol y se llamaba láudano. Varios escritores de aquella época: De Quincey, Coleridge y Byron, fueron consumidores habituales de opio.

En 1803, Sertüner aisló la morfina a partir del opio y, desde entonces, fue utilizada como analgésico por vía oral, dérmica y en forma de supositorios; pero, a partir de la invención e introducción en el mercado de la jeringa hipodérmica en 1853, se observó un incremento en el número de morfinómanos. En 1898, laboratorios Bayer comercializó la heroína como antitusígeno y, posteriormente, como tratamiento para la adicción a la morfina, pero rápidamente se evidenció su mayor potencial adictivo y se suspendió su prescripción. El término opiáceo se aplica a aquellas sustancias, exógenas o endógenas, cuya estructura química es similar a la morfina, mientras que el término opioide designa los compuestos endógenos y los medicamentos con estructura diferente. Sin embargo, en términos generales, ambos términos se usan indistintamente para referirse a sustancias relacionadas con el opio.

El opiáceo más implicado en los problemas adictivos es la heroína que ha ingresado con más fuerza en los países latinoamericanos. En la actualidad, se cree que, por el temor generado por las infecciones producidas por la falta de asepsia y el uso compartido de jeringas, principalmente las hepatitis B y C y el VIH, en algunos países está predominando el uso por vía inhalatoria, esnifada y fumada.

Los principales países productores de opio son Turquía, India, Pakistán, Afganistán e Irán. Laos, el noroeste de Birmania y el norte de Tailandia son los principales responsables del tráfico ilegal del opio y, en los últimos años, han adquirido importancia en este macabro negocio países suramericanos como Colombia, Guatemala y Méxi-

co. Aunque se ha considerado a la morfina como el opiáceo típico, este texto se referirá de modo especial a la heroína por cuanto los problemas drogadiccionales se deben en su mayoría al abuso de esta sustancia.

Otros opiáceos de uso relativamente común son la codeína, que se utiliza como medicamento para la tos; la meperidina y el fentanilo, como analgésicos, la loperamida y el difenoxilato, como antidiarreicos y la metadona, la naloxona, la naltrexona y la buprenorfina, en el tratamiento de las intoxicaciones crónicas y agudas por opiáceos. Al igual que otras drogas de abuso, la venta ilegal de estas sustancias implica el uso de sustancias “cortantes”, que contribuyen con la toxicidad aguda y crónica producida por su consumo. Las más frecuentes son: azúcares, talco, quinidina, efedrina, cafeína, aspirina y anestésicos locales (Moro M. y., 2009). En Colombia, el nombre más popular para referirse a la heroína es “H”.

Aspectos farmacocinéticos

La morfina se absorbe por vía oral, nasal, subcutánea, intramuscular y venosa. En el sistema gastrointestinal y, por el efecto del primer paso, la biodisponibilidad es sólo del 20 -25%; la unión a proteínas plasmáticas es de un 35%. Atraviesa con dificultad la barrera hematoencefálica y fácilmente la barrera placentaria. Su metabolismo se realiza básicamente en el hígado por proceso de conjugación que origina metabolitos activos e inactivos. Su semivida plasmática es de 2-3 horas y la eliminación se realiza sobre todo por orina y en poca cantidad por las heces. También puede excretarse a través de la leche materna.

La heroína (diacetilmorfina) sufre metabolismo de primer paso y alcanza una biodisponibilidad del 21%, tiene una unión a proteínas del 40%; alcanza niveles pico en 10 minutos y la duración de acción es de aproximadamente cuatro horas. La heroína se metaboliza en monoacetilmorfina y luego en morfina y, en su mayoría, se excreta por orina.

Mecanismo de Acción

Los tres tipos de receptores opioides más conocidos son los llamados antiguamente mu (μ), kappa (κ) y (δ) delta, que actualmente se denominan MOP o MOR, KOP o KOR y DOP o DPR, respectivamente. En individuos que no consumen fármacos opiáceos exógenos, estos receptores interactúan con los opioides endógenos, conocidos como endorfinas, dinorfinas y encefalinas. La interacción de los opiáceos con los receptores MOP produce analgesia, sensación de bienestar, depresión respiratoria, inhibición de la motilidad intestinal y miosis.

En lo atinente a los receptores KOP son mediadas acciones tales como: disforia, sedación, desorientación, despersonalización, disminución de la motilidad intestinal y analgesia (menor que por receptores μ) y en los receptores delta se observa una menor analgesia y disminución de la liberación de dopamina.

Los opiáceos producen dependencia física y psicológica y, como en otras drogas, producen refuerzo positivo mediado por la activación de vías dopaminérgicas mesolímbicas y mesocorticales, especialmente el área tegmental ventral (AVT) y el núcleo *accumbens* (NAc).

Intoxicación aguda

La intoxicación aguda por opiáceos sucede no sólo en pacientes adictos, también en personas en tratamiento con estas sustancias. Aunque los síntomas clásicos de esta intoxicación son la miosis, la depresión respiratoria y el coma, que progresa en intensidad, estos síntomas están precedidos de una fase excitatoria en la que hay inquietud marcada, sensación de lucidez, sed intensa, pulso y respiración amplios, lentos e intermitentes. Otros síntomas que acompañan la intoxicación aguda son: hipotermia, colapso y anuria. También pueden presentarse otros síntomas como convulsiones (más frecuentes con meperidina y propoxifeno) y edema agudo de pulmón. Algunas sustancias adulterantes como la quinina y la estricnina contribuyen a otros cuadros clínicos como arritmias car-

díacas en el primer caso y contracturas musculares severas, opistótonos y fallecimiento por hipoxia, en el caso de la estricnina.

Aunque existen sobredosis intencionales con fines suicidas, es más común que los adictos presenten sobredosis accidentales por razones tales como:

- Sensibilidad exagerada al opiáceo tras la primera administración.
- Cálculo inadecuado de la dosis inyectada.
- Cambios en la pureza del producto inyectado.
- Desaparición de la tolerancia tras un periodo de abstinencia y se produce sobredosis con dosis habituales del opiáceo.
- Cuadros de intoxicación aguda severa se dan en individuos que transportan en su cuerpo grandes dosis de heroína (“mulas” o “correos”), en quienes, accidentalmente, puede romperse una de las bolsas que contienen la sustancia (Moro M. y., 2009),

Efectos del consumo crónico

El efecto crónico más común y nocivo es la dependencia.

En general, los efectos orgánicos crónicos son atribuidos al uso parenteral de esta droga en condiciones higiénicas deficientes y, además, a las sustancias con las que se mezcla para aumentar su rendimiento. Sin embargo, la mayoría de los autores coincide en mencionar un déficit generalizado en el sistema inmunológico en estos adictos. En el caso del uso parenteral de heroína, las complicaciones más frecuentes atribuibles al uso compartido de jeringas y las condiciones antihigiénicas del consumo son las de tipo infeccioso y las más graves: el VIH/SIDA y diferentes formas de hepatitis (sobre todo B y C), seguidas de tuberculosis, endocarditis, infecciones respiratorias, dermatológicas y osteoarticulares, entre otras.

En la tabla 13 se ilustran las complicaciones no infecciosas relacionadas con el consumo de opiáceos.

Tabla 13. Complicaciones no infecciosas relacionadas con consumo de opiáceos

Cardiovasculares	Trastornos de la frecuencia, del ritmo y del EKG, alteraciones estructurales del sistema vascular periférico.
Hematológicas	Eritrocitosis, anemia normocítica, leucocitosis, linfocitosis, trombocitopenia.
Inmunitarias	Alteraciones en las poblaciones linfocitarias, alteración de la inmunidad humoral (hipergammaglobulinemia), falsos positivos a pruebas inmunológicas.
Pulmonares	Edema agudo de pulmón, embolismo pulmonar no séptico, fibrosis y granulomatosis, bronquitis, asma, alteraciones funcionales.
Neurológicas	Mielopatías, neuropatías, plexitis no traumáticas, ACV, encefalopatías, crisis convulsivas.
Genito-urinario	Nefropatías (secundaria, amiloide, etc.). Abortos espontáneos, placenta previa, toxemia gravídica.
Gastrointestinales	Deterioro y falta de piezas dentales, hemorragias digestivas altas, gastritis, ulcus, estreñimiento crónico, hemorroides, pancreatitis aguda, cirrosis hepática, granulomas hepáticos-de reacción a cuerpo extraño.
Endocrino-metabólicas	Disminución de la libido, impotencia y eyaculación retardada, disminución de la fertilidad, amenorrea.
Músculo esqueléticas	Rabdomiólisis, síndrome músculo esquelético, miositis, miopatías, artralgias, contracturas de Dupuytren, anquilosis articulares, contractura isquémica de Volkmann.
Oculares	Retinopatía por talco.
Dermatológicas	Señales de venopunción, escaras, ulceraciones, edema crónico de manos, urticaria.
Otros	Síndrome febril auto limitado.

Tomado de Monografía Opiáceos (Álvarez, 2005).

En el ámbito digestivo, la heroína y demás opiáceos son famosos por ser productores de un estreñimiento intenso en consumidores crónicos (Roca, 2009).

Síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia es variable de acuerdo con las constantes farmacocinéticas de cada sustancia. A continuación se describe el síndrome de abstinencia de la heroína y su evolución en el tiempo:

Tabla 14. Síndrome de abstinencia por heroína y su evolución en el tiempo

Grado I 4-8 horas	Grado II 8-12 horas	Grado III 12-24 horas	Grado IV 24-36 horas
Deseo intenso de droga (craving)	Síntomas de grado I con mayor intensidad, más:	Síntomas de grado I con mayor intensidad, más:	Síntomas de grado I con mayor intensidad, más:
Ansiedad	Midriasis	Hipertensión	Facies febril
Inquietud	Piloerección	Taquicardia	Vómitos
Irritabilidad	Temblores	Hipertermia	Diarrea
Bostezos	Sensación de frío/calor	Inquietud	Pérdida de peso
Sudación	Mialgias	Náuseas	Eyacuación espontánea
Lagrimo	Artralgias	Insomnio	Orgasmo espontáneo
Rinorrea	Anorexia		
Insomnio			

Tomado y adaptado de Monografía Opiáceos. (Álvarez, 2005)

Este cuadro puede presentarse en recién nacidos de madres adictas a opiáceos durante el embarazo. Los síntomas más frecuentes son: “irritabilidad, llanto excesivo, temblor, hiperreflexia, fiebre, vómitos, taquipnea, estornudos e incremento del reflejo de succión” (Leza, 2009).

Tratamiento

En el tratamiento de la intoxicación aguda por opiáceos se utiliza como antídoto la naloxona (Narcan®). En caso de que después de tres dosis de naloxona no haya respuesta, se debe pensar que se trata de intoxicación por otras sustancias.

Cuando se utiliza naloxona, debe tenerse presente la posible aparición de un síndrome de abstinencia en adictos. Adicionalmente,

y de acuerdo con la gravedad del cuadro es necesario mantener un adecuado soporte respiratorio (intubación, oxígeno, bronco dilataadores) y circulatorio (oxigenación, vasopresores e hidratación) (Moro M. y., 2009).

Los protocolos de manejo del paciente intoxicado de la Universidad de Antioquia, 2012, dan las siguientes recomendaciones para el manejo de la naloxona:

- En caso de depresión respiratoria administrar naloxona (disponible en ampollas de 0.02, 0.4 y 1 mg/mL). **Naloxona** es un **antagonista opioide** que inhibe competitivamente la unión de los agonistas a los receptores opioides, y también puede producir síndrome de abstinencia en pacientes con dependencia física. La ruta de administración ideal de naloxona es la intravenosa, pero puede utilizarse intratraqueal (2,5 veces la dosis IV), subcutánea, intramuscular (difícil de titular), intralingual o intraósea. Si el paciente no recupera la respiración espontánea luego de la primera dosis de naloxona, intubar y continuar con la administración de naloxona, tal como se explica a continuación.
- **Pacientes no dependientes a opioides:** administrar 0.4 mg IV y aumentar progresivamente a 2 mg y 10 mg cada 3 a 5 minutos, hasta lograr respiración espontánea. Si no hay respuesta al llegar a 10 mg, es poco probable que sea un opioide la causa de la depresión respiratoria y se debe reevaluar el diagnóstico.
- **Pacientes dependientes a opioides** (con riesgo de desarrollar síndrome de abstinencia o de presentar crisis dolorosa): iniciar con dosis bajas 0.04 a 0.05 mg IV para adultos y 0.001 mg/kg en niños; se puede repetir cada 3-5 min hasta lograr respiración espontánea.

En ambos casos se debe seguir con una infusión continua de naloxona en la que se administran cada hora 2/3 partes de la dosis efectiva, es decir, aquella dosis con la que se logró la respiración espontánea (p. ej., si el paciente tuvo respiración espontánea con 2 mg IV, debe recibir 1,33 mg/hora en infusión continua). En general y dependiendo de la vida media del opioide implicado la infusión puede durar entre 12 y 24 horas. Observaciones especiales:

- **Si el paciente desarrolla síndrome de abstinencia durante la infusión:** detener la infusión hasta que disminuyan los síntomas y reiniciar a la mitad de la dosis.

- **Si el paciente desarrolla depresión respiratoria durante la infusión:** re administrar la mitad de la dosis efectiva en bolos y repetir hasta lograr mejoría, luego aumentar la infusión en un 50% (Alzate, 2012).

El síndrome de abstinencia puede tratarse con metadona o con otros fármacos no opiáceos como la clonidina, las benzodiacepinas y los neurolépticos. Es importante anotar que, a pesar del intenso sufrimiento para el paciente que padece este cuadro, no es cierto que el mismo sea una urgencia médica que amenace la vida del paciente (Leza, 2009).

En atención primaria es fácil acceder a la clonidina y, por ello, es preciso familiarizarse con el uso de este medicamento:

La clonidina reduce de forma importante el dolor abdominal, escalofríos, calambres musculares, irritabilidad e inquietud. No actúa de forma significativa sobre la ansiedad, insomnio, ni dolores osteomusculares. Por ello es necesario el uso simultáneo de un ansiolítico, miorrelajante y un AINE. Es necesaria una vigilancia estrecha sobre las constantes cardiovasculares, dada la intensa hipotensión que se provoca (Fernández J. y., 2010).

Las dosis de clonidina y benzodiacepinas se titularán de acuerdo con la sintomatología del paciente y la respuesta a estos medicamentos. La dificultad en el abandono de la dependencia a opiáceos, así como la alta tasa de recaídas de pacientes que intentan abandonar su consumo, ha llevado a que la mayoría de los países incluyan el tratamiento farmacológico como un coadyuvante en el tratamiento de la dependencia. Los programas más conocidos y de mayor aceptación se conocen como **PMM** (Programas de mantenimiento con metadona); sin embargo, también son utilizados otros opiáceos como la naltrexona y la buprenorfina. Los protocolos de manejo, incluidos los criterios de selección en estos programas, varían de acuerdo con cada institución.

Si bien existen diferentes enfoques en el manejo de la dependencia opiácea, existe suficiente evidencia en la literatura científica de la efectividad de los PMM. Según la Guía para el manejo de la dependencia de opioides, de la E.S.E. Hospital Carisma, 2012:

Los objetivos de la terapia de mantenimiento con agonistas opioides son:

- Reducción o cesación del consumo de opioides ilícitos
- Reducción o cesación de la inyección y de la transmisión de infecciones virales
- Reducción del riesgo de sobredosis
- Reducción de la actividad criminal
- Mejoría de la salud mental y física (E.S.E. Hospital CARISMA, 2012).

Soportado en la evidencia científica, esta Guía sostiene que:

«... los pacientes en programas de mantenimiento de metadona tienen más probabilidades que los que no participan de este de permanecer vivos, no usar heroína y permanecer en contacto con el servicio de tratamiento» (E.S.E. Hospital CARISMA, 2012).

Aunque los programas para el manejo de la dependencia opiácea son ejecutados por centros asistenciales especializados, idealmente deben integrarse a la atención primaria para ayudar a disminuir los riesgos de estigmatización de los adictos. Finalmente, vale la pena recordar que la metadona se ha convertido en una droga de abuso, razón por la cual se deben extremar las medidas para un manejo seguro.

A continuación se anexan algunos flujogramas de manejo de pacientes heroínomanos, tomados de la Guía de CARISMA (E.S.E. Hospital CARISMA, 2013)., que pueden ser de utilidad para la toma de decisiones frente su atención.

Diagrama 2.

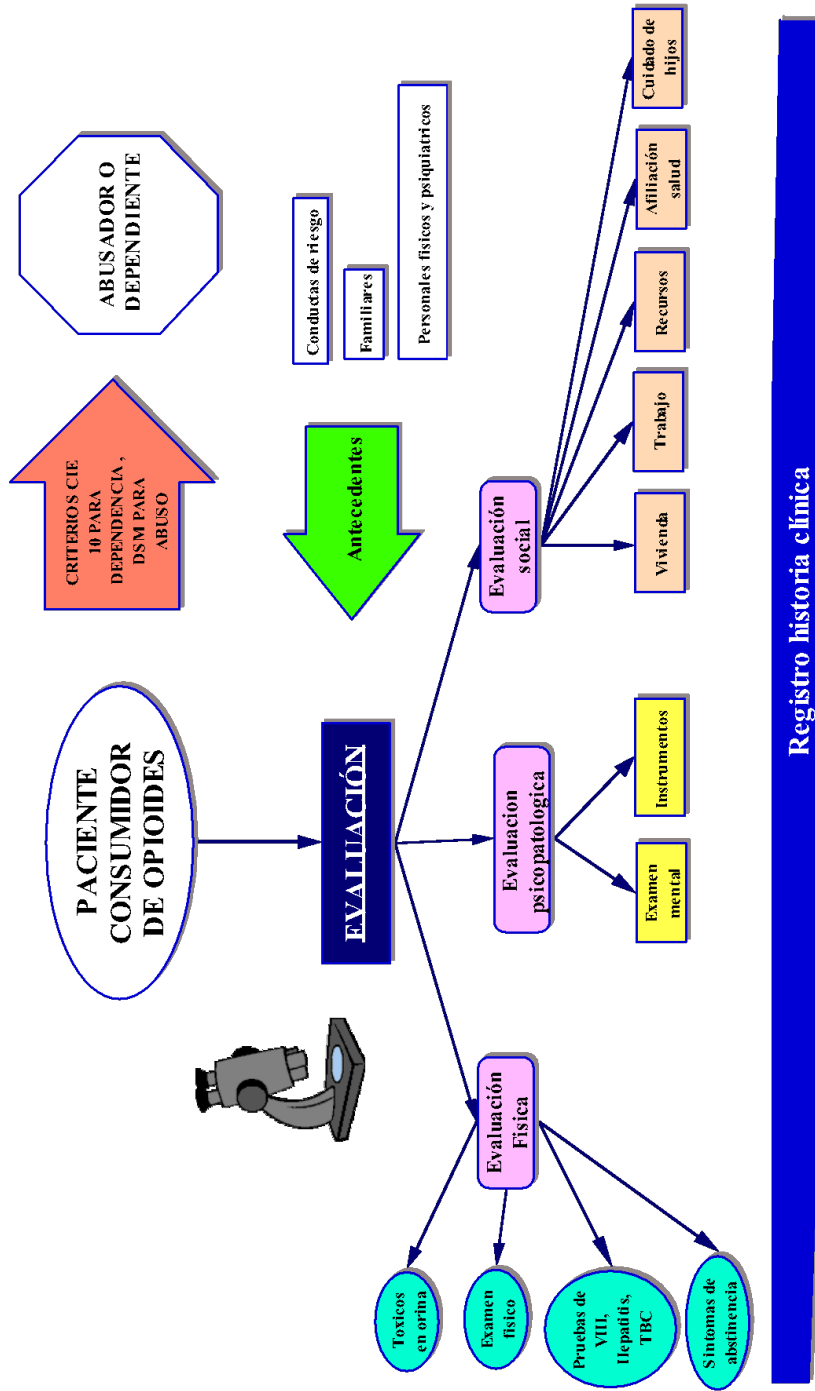
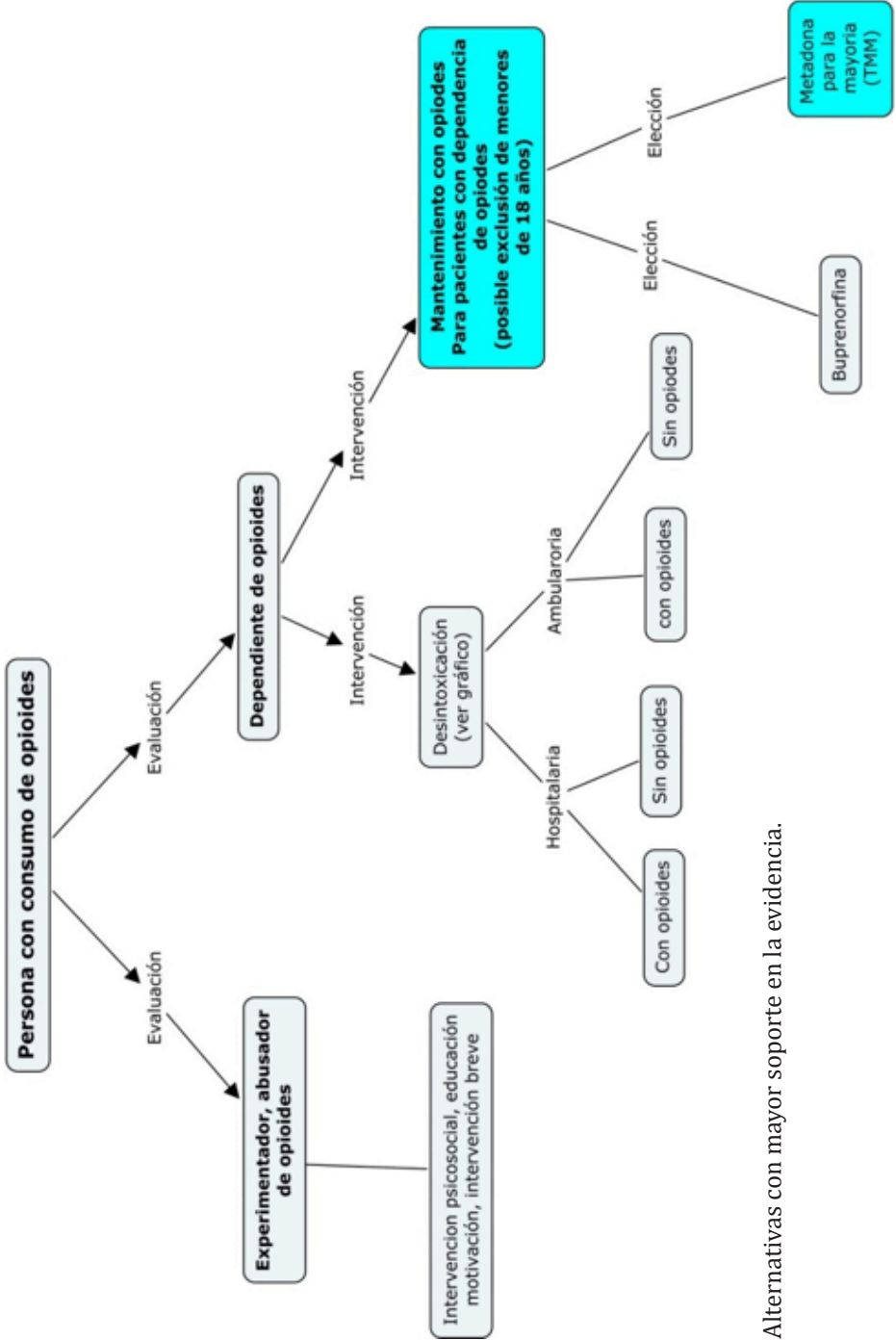


Diagrama 3. Enfoque del usuario consumidor de opioides



Alternativas con mayor soporte en la evidencia.

Diagrama 4.

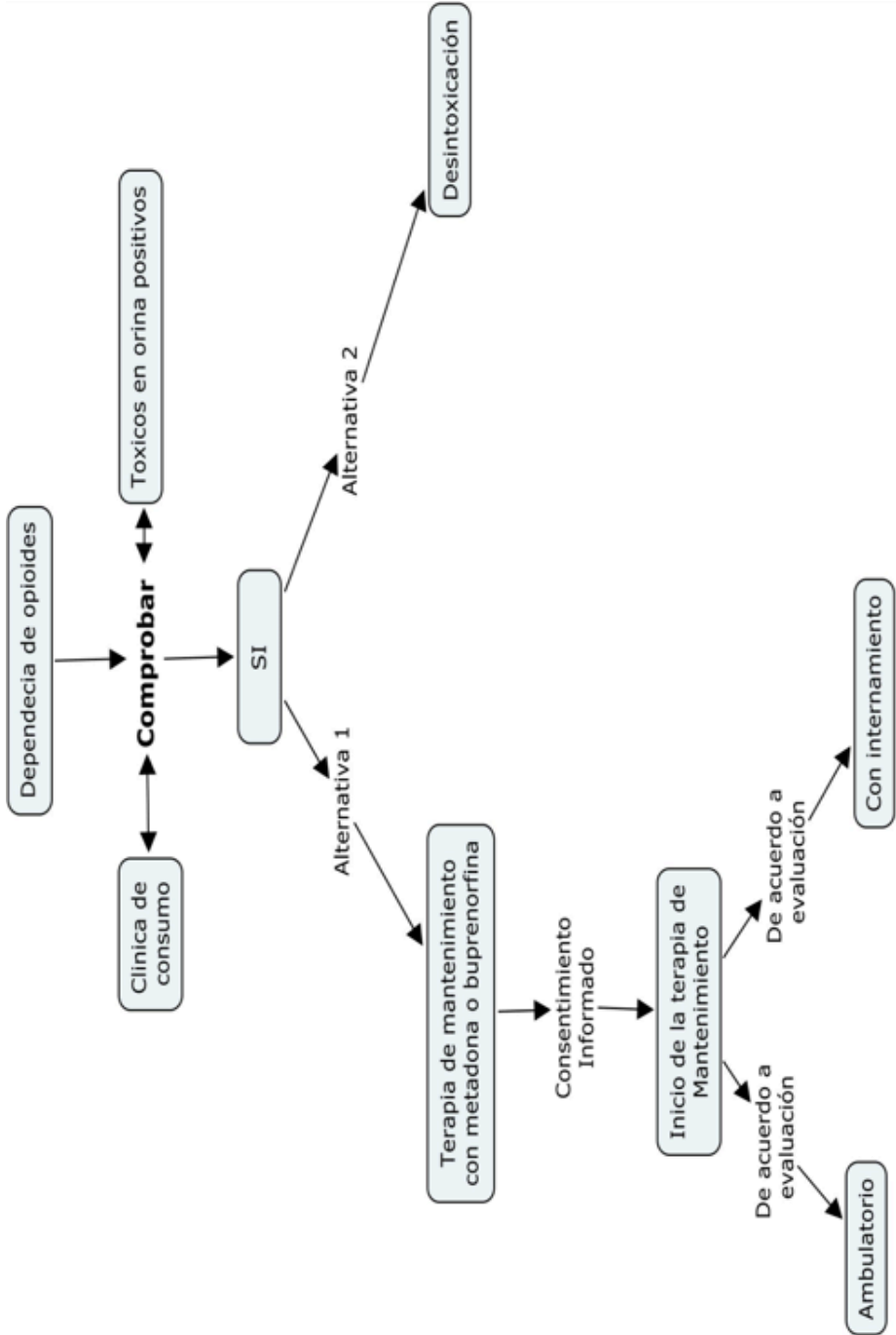


Diagrama 5. Cuando la opción es desintoxicación

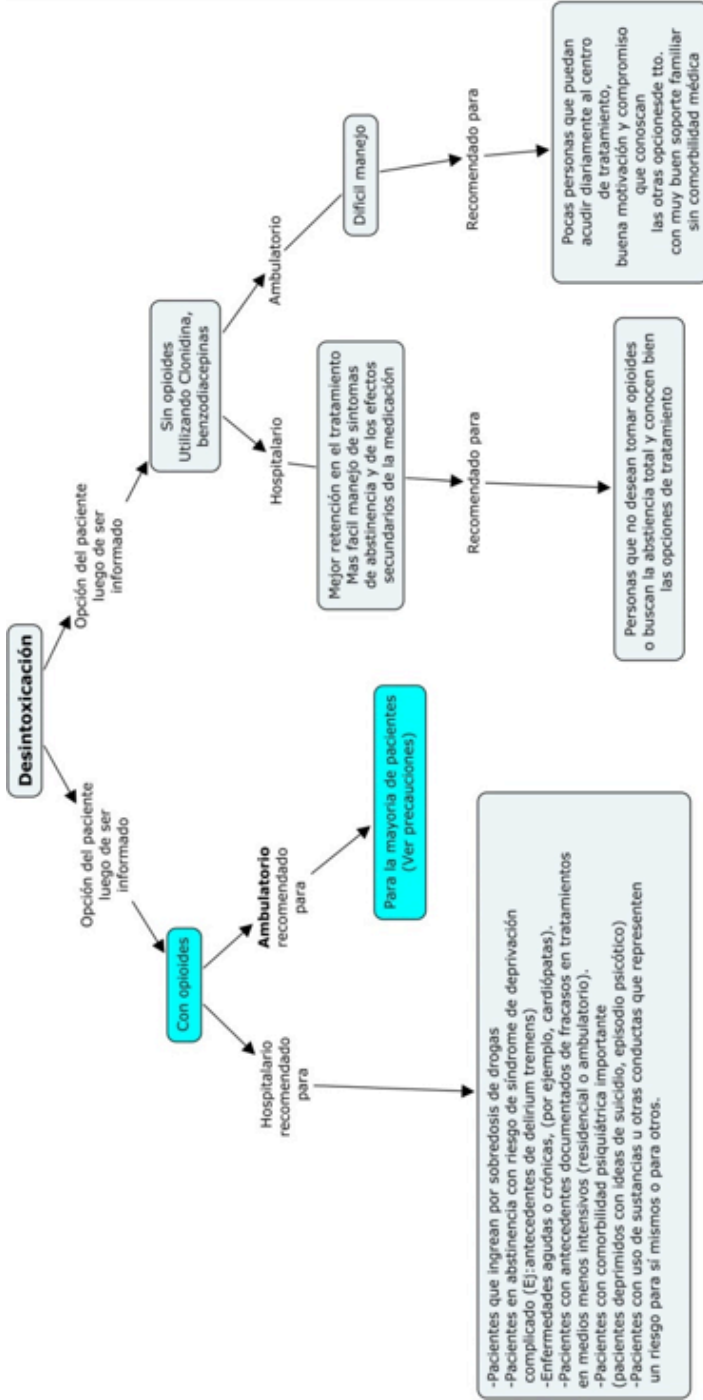


Diagrama 6. Formulación inicial de metadona

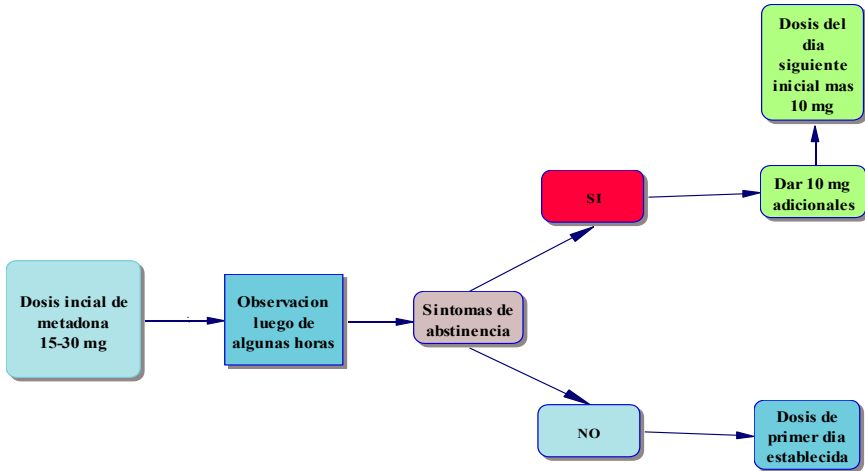


Diagrama 7. Aspectos a considerar para aumento de las dosis de metadona en usuarios de inicio ambulatorio

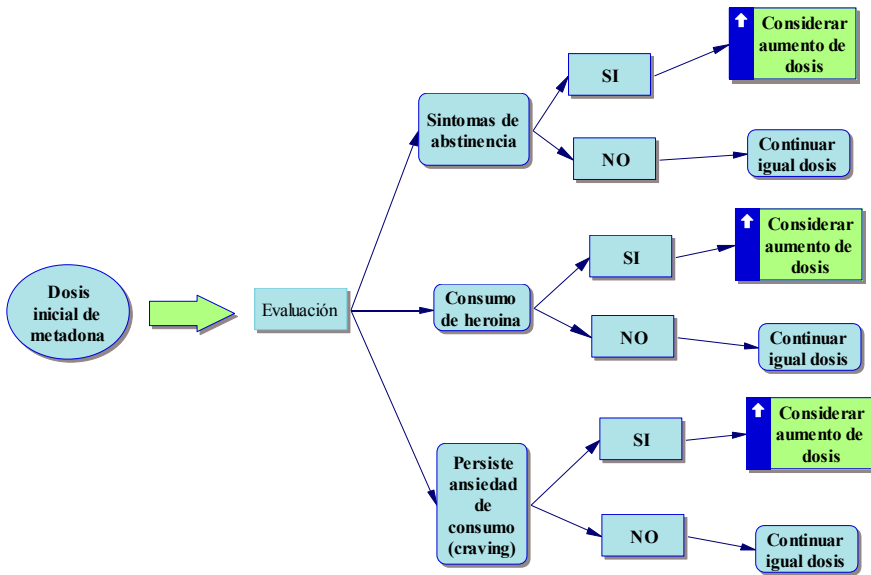
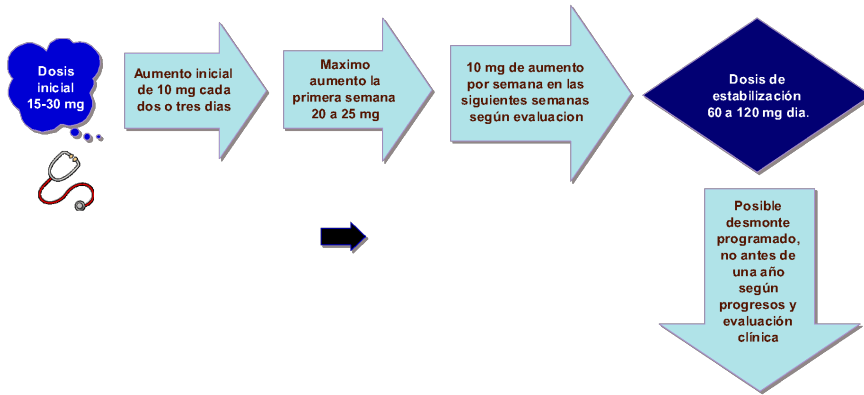


Diagrama 8. Ajuste de metadona durante la estabilización



Para recordar:

- Depresores intensos de SNC.
- Heroína se consume inhalada, fumada y por vía IV.
- Intoxicación aguda: tríada clásica: miosis, depresión respiratoria y coma. No siempre tan clara. A veces cuadros excitatorios previos. Convulsiones (+ frecuentes con meperidina).
- Intoxicación crónica: ** complicaciones infecciosas por compartir jeringas (VIH, hepatitis); disminución de la inmunidad; adicción.
- Síndrome de abstinencia: no es mortal. Si muy florido: craving, rinorrea, artralgias, mialgias, ansiedad, irritabilidad, etc.

Tratamiento:

- Intoxicación aguda:
 - Manejo general del paciente intoxicado.
 - Antídoto: Naloxona. En adictos puede precipitar síndrome de abstinencia.
- Síndrome de abstinencia:
 - Metadona o clonidina, benzodiacepinas, neuro-lépticos.
- Dependencia:
 - PMM: Programas de mantenimiento con metadona son una opción.
- Metadona puede ser usada como droga de abuso.

Otros estimulantes

Anfetaminas

La anfetamina fue sintetizada en 1887, pero su actividad estimulante sobre el SNC sólo se descubrió en 1927. Durante la Segunda Guerra Mundial muchos soldados y trabajadores del ejército recibieron anfetaminas para incrementar su rendimiento y disminuir el cansancio. En la década de los sesenta, las anfetaminas (Benedrina® y Dexedrina®) ocupaban el primer lugar entre las drogas estimulantes de abuso, no obstante, en la actualidad estas sustancias son usadas como base para la síntesis de drogas de diseño, pero es raro el abuso de formas puras de anfetaminas. Si bien, inicialmente, estas drogas se utilizaron en terapéutica como descongestionantes, actualmente dichos preparados han sido retirados del mercado por el riesgo asociado con hemorragias cerebrales; hoy, sólo se encuentran en el mercado preparados comerciales que se utilizan como anorexígenos tales como la flenfuramina y el fenproporex y medicamentos para tratar el déficit de atención en niños y el más común es el metilfenidato. También se usan como doping en el mundo deportivo.

La anfetamina corresponde a la beta-fenilisopropilamina. Estas sustancias se absorben bien por vía oral, son metabolizadas en el hígado y son excretadas por la orina y no sufren cambios en el organismo, en un alto porcentaje, lo que hace que los adictos, en ocasiones, se tomen su propia orina.

Las anfetaminas pueden tener interacciones medicamentosas diversas con medicamentos como la acetazolamida, el ácido ascórbico, la furazolidona, el haloperidol, el litio, los IMAO, la noradrenalina, las fenotiazinas y el bicarbonato de sodio. El consumo de alcohol puede aumentar las concentraciones plasmáticas de anfetamina y el de tabaco induce un aumento dosis-dependiente del consumo de tabaco (Robledo, 2008).

Estas drogas ejercen su acción e incrementan la liberación de neurotransmisores como la noradrenalina y la dopamina. La dependencia producida por estas drogas se da por el incremento de la liberación de dopamina sobre áreas como la corteza prefrontal, el área tegmental ventral y el núcleo accumbens.

Los efectos buscados por el consumidor son «... sensación de alerta, estimulación, mejoría del rendimiento intelectual y de la ejecución de tareas manuales, sensación de energía, disminución del cansancio, del sueño y del hambre» (Robledo, 2008).

La intoxicación aguda se caracteriza por inquietud, temblor, hiperactividad, irritabilidad, debilidad, insomnio, dolor de cabeza, trismus, bruxismo, rubor, hipertensión, arritmias cardíacas, cuadros de angina, colapso circulatorio, anorexia, náuseas, vómito, fiebre y euforia. También puede aparecer confusión, agresividad, cambios en la libido, ansiedad, delirio, alucinaciones paranoides, estados de pánico, intentos de suicidio u homicidios y se hace mayor el riesgo de estos síntomas si existe enfermedad mental previa. En los cuadros más graves puede haber convulsiones, hemorragias intracerebrales y coma.

Tabla 15. Signos y síntomas de intoxicación aguda por anfetaminas

Cuadro resumen signos y síntomas de intoxicación aguda por anfetaminas		
Intoxicación leve	Intoxicación moderada	Intoxicación grave
Ansiedad	Confusión	Delirio
Irritabilidad	Agitación	Hipertensión arterial evidente
Cefalea	Comportamiento este-reotipado	Hipotensión arterial
Palpitaciones	Reacciones de pánico	Hiperpirexia (>40°C)
Náuseas y vómitos	Hipertensión arterial	Coma
Insomnio	Dolor abdominal y to-rácico	Crisis convulsivas
Verborrea	Arritmias cardíacas	Déficit neurológico local
Temblor	Fiebre	Arritmias (Inestabilidad hemodinámica)
Hiperrreflexia	Midriasis	Rabdomiólisis
Rash y piloerección	Taquipnea	CID
Sudación profusa	Alucinaciones	IAM
Palidez	Coreoatetosis	Miocardopatía aguda
Sequedad de mucosas		Isquemia o infarto renal
Retención urinaria aguda		
Disuria		

Tomado Guía Estimulantes, 2008 (Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía, 2008).

Las anfetaminas producen tolerancia, dependencia y también pueden presentar fenómenos de sensibilización conductual, que corresponde al aumento de los efectos tras la administración continuada de la sustancia. El síndrome de abstinencia es muy similar al que produce la cocaína y su manejo también es el mismo. El consumo crónico de estas drogas puede crear los siguientes efectos: encefalopatía hipertensiva, enfermedad cerebrovascular isquémica u hemorrágica y convulsiones. En lo cardiovascular provoca arritmias, angina, infarto agudo al miocardio y disección aórtica. Otras complicaciones posibles son la rabdomiólisis y la hipertermia (Lizasoain & Lorenzo, 2009).

El tratamiento de la intoxicación aguda es sintomático (ver tratamiento de intoxicación por éxtasis). El síndrome de abstinencia y la dependencia no cuentan con medicamentos específicos para su tratamiento. La Guía andaluza de estimulantes sugiere los siguientes medicamentos:

- Agonistas dopaminérgicos: para la disforia y anergia.
- Antidepresivos tricíclicos: para la depresión, el craving y la disforia.
- ISRS (fluoxetina): para la impulsividad (Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía, 2008).

Para recordar:

- Anfetaminas de abuso actual: anorexígenos y metilfenidato.
- Intoxicación aguda: aumento de signos vitales, midriasis, excitación, trismus.
- Producen tolerancia, dependencia, síndrome de abstinencia y sensibilización conductual (aumento de efectos con el consumo crónico).
- Manejo sintomático de intoxicación aguda, crónica y dependencia.

Xantinas

Las xantinas son alcaloides contenidos en plantas. Las más conocidas son la cafeína (contenida en el café, el mate, la guaraná, bebidas de cola y las mal llamadas energizantes, tales como el Redbull®), la teobromina (contenida en el cacao y la guaraná) y la teofilina (contenida en el té y en la guaraná).

Estos alcaloides reciben el nombre químico de metilxantinas y están relacionadas con el ácido úrico. La cafeína y la teobromina se absorben bien por vía oral. Todas las xantinas tienen una amplia distribución por todo el organismo y atraviesan las barreras hematoencefálica y placentaria; su metabolismo se da en el sistema hepático. La cafeína es la sustancia estimulante más consumida en el mundo.

Las xantinas han sido usadas desde hace muchos años en terapéutica: la teofilina se utiliza para el tratamiento del asma y de otros

procesos pulmonares y la cafeína mezclada con otros analgésicos para el manejo de dolores de cabeza. También se han usado como **do-ping**. Las xantinas ejercen sus acciones mediante la inhibición de fosfodiesterasas, con un aumento consecuente de AMP-cíclico y un efecto antagonista sobre los receptores de adenosina. Otros mecanismos de acción son la movilización del calcio intracelular y la unión de la cafeína con receptores benzodiazepínicos. La cafeína y la teofilina son estimulantes del SNC y esta última es más potente. Desde el punto de vista de las adicciones, la xantina más importante es la cafeína. La CIE -10 la incluye en el apartado de sustancias, como “otros estimulantes incluida cafeína”.

El consumo moderado de cafeína (entre tres y cinco tazas) no implica riesgos para la salud. Los síntomas de la intoxicación aguda son: inquietud, nerviosismo y excitación, que, en casos más graves, pueden complicarse con convulsiones, taquicardia, taquipnea, tensión muscular, arritmias cardíacas y edema pulmonar, si bien esta intoxicación es sumamente rara. Por los efectos farmacológicos de la cafeína -estimulación del SNC, taquicardia y arritmias, aumento de la secreción de ácido gástrico- los pacientes que sufran de ansiedad, insomnio, problemas cardíacos o enfermedad ácido-péptica, deben moderar o suprimir el consumo de sustancias que contengan cafeína. También se ha reportado un mayor riesgo de aborto, prematuridad y desnutrición intrauterina, así como síndrome de abstinencia en hijos de madres que son grandes consumidoras de cafeína. El consumo crónico diario de cafeína produce tolerancia, síndrome de abstinencia y dependencia física. Tanto la dependencia como el síndrome de abstinencia pueden presentarse con el consumo crónico de dosis pequeñas y resulta mayor el riesgo cuando el consumo es más alto. Los síntomas más frecuentes del síndrome de abstinencia son: dolor de cabeza, ansiedad, depresión, apatía, debilidad, letargia, irritabilidad, aumento de tensión muscular, temblor, náuseas, vómito y deseo intenso de cafeína.

Tanto el síndrome de abstinencia como la dependencia pueden manejarse con la disminución progresiva de las dosis ingeridas (MA & Lizasoain, 2009).

Bebidas energizantes

También conocidas como energy drinks, smart drinks y power drinks, tienen un alto contenido de cafeína y otras sustancias como guaraná, gingseng, taurina, etc. Se consumen por vía oral para aumentar la energía, disminuir el cansancio, el sueño y el efecto depresor del alcohol y otras drogas. La toxicidad de estas sustancias se le atribuye a la cafeína. No se conocen los efectos tóxicos de los otros componentes.

Las complicaciones dependen de la susceptibilidad individual y tienen que ver con una gran estimulación del SNC que, en los casos más graves, podría evolucionar a episodios de manía, crisis hipertensivas, arritmias y convulsiones. En caso de presentarse estas complicaciones, como el tratamiento es sintomático, se pueden usar benzodiacepinas para la agitación, las convulsiones, la hipertensión y la taquicardia y se debe tener precaución con los neurolépticos porque bajan el umbral convulsivo (Climent B. y., 2010).

Para recordar:

- Xantinas: cafeína, teobromina y teofilina.
- Son estimulantes del SNC.
- Consumo crónico de cafeína produce tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia.
- Bebidas energizantes: alto contenido de cafeína.
- El tratamiento de la intoxicación aguda, crónica y el síndrome de abstinencia, es sintomático. En la dependencia y el síndrome de abstinencia es útil la disminución progresiva de las dosis.

Inhalantes o disolventes volátiles (incluye nitritos)

Este grupo de drogas también es llamado inhalables, solventes o sustancias volátiles. Se caracterizan por ser líquidos o gases volátiles con alta liposolubilidad y, aunque sus principales usos se encuentran en la industria, como productos terminados o intermedios en varios procesos químicos, desde hace varias décadas se reconoce su potencial de abuso. Son sustancias de carácter legal y bajo costo, lo que permite el acceso por parte de personas de bajos recursos económicos. En nuestro medio, las sustancias más utilizadas de este grupo como drogas de abuso son los pegantes, conocidos por sus nombres comerciales como “sacol”, “boxer” o “XL”, su mayor abuso se da entre los habitantes de calle, quienes mencionan como una de las motivaciones los efectos paliativos del hambre y del frío. Hace algún tiempo estuvo de moda la inhalación de correctores como el “liquid paper” y en los últimos años ha tomado fuerza el abuso del cloruro de metileno, conocido como Dick.

La primera referencia de consumo de gasolina data de 1934, la de cloroformo de 1945 y la de pegamentos de 1957 (Terleira AI y Vargas, 2009).

La forma más habitual de consumo de estas sustancias es introducir las dentro de bolsas plásticas con las que el consumidor cubre su boca y su nariz y logra una aspiración más profunda de los vapores desprendidos.

Los inhalantes «se clasifican en alifáticos (kerosen, gasolina, nafta, aceite diesel), aromáticos (benceno, tolueno, xileno) y halogenados (tetracloruro de carbono, cloroformo, tricloroetano)» (Tellez J., 2008).

El Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA) de Estados Unidos propone la siguiente clasificación para estas sustancias:

Los **disolventes volátiles** son líquidos que se vaporizan a temperatura ambiental. Se encuentran en una variedad de productos económicos y fácilmente obtenibles, de uso común doméstico e industrial. Éstos incluyen los diluyentes y removedores de pinturas, líquidos para lavado en seco, quitagrasas, gasolinas, pegamentos, correctores líquidos y los líquidos de los marcadores con punta de fieltro. Los **aerosoles** son rociadores que contienen propulsores y disolventes. Éstos incluyen las pinturas pulverizadas, atomizadores para desodorantes y fijadores de pelo, rociadores de aceite vegetal para cocinar y rociadores para proteger telas o tejidos. Los **gases** incluyen los anestésicos de uso médico así como aquellos que se utilizan en productos domésticos o comerciales. Los gases anestésicos médicos incluyen el éter, cloroformo, halotano y óxido nitroso, comúnmente conocido como “gas hilarante”. Entre éstos, el óxido nitroso es el gas más abusado y puede ser encontrado en los dispensadores de crema batida y productos que incrementan los octanajes en los carros de carrera. Otros productos caseros y comerciales que contienen gases son los encendedores de butano, tanques de gas propano, y refrigerantes. Los **nitritos** a menudo se consideran una clase especial de inhalantes. A diferencia de la mayoría de los demás inhalantes que actúan directamente sobre el sistema nervioso central (SNC), los nitritos esencialmente dilatan los vasos sanguíneos y relajan los músculos. Asimismo, mientras que los demás inhalantes se utilizan para alterar el estado de ánimo, los nitritos se usan principalmente para intensificar el placer sexual. Los nitritos, que incluyen el nitrito ciclohexílico, el nitrito isoamílico (amílico) y el nitrito isobutílico (butilo), comúnmente se conocen como “poppers” (“reventadores”) o “snappers” (“crujidores”). El nitrito amílico se utiliza en algunos procedimientos diagnósticos y anteriormente se recetaba a ciertos pacientes con angina de pecho. La Comisión para la Seguridad de los Productos de Consumo actualmente prohíbe la comercialización de nitritos, pero aún se los puede encontrar de venta en pequeñas botellas, a menudo etiquetadas como “limpiadores de las cabezas de video”, “perfumes ambientales”, “limpiadores de cuero”, o “aromas líquidos (NIDA, The Science of drug abuse & addiction, 2011).

Estos compuestos poseen una alta liposolubilidad y se absorben rápidamente por vía pulmonar, lo que evita el efecto metabólico del primer paso hepático. Gracias a que se trata de sustancias tan diversas, los aspectos farmacocinéticos son muy variables. La excreción es pulmonar, renal y hepática.

Intoxicación aguda

Al igual que otros depresores del SNC, la intoxicación con inhalantes presenta una primera fase excitatoria, similar a la producida por la embriaguez etílica, en la que hay hilaridad, euforia e hiperactividad y puede acompañarse de alucinaciones auditivas y visuales. A medida que se incrementan las dosis, el cuadro progresa a una depresión del SNC con confusión, torpor mental, dolor de cabeza y efectos tóxicos cardiovasculares, taquicardia o bradicardia e hipotensión. Otras manifestaciones son agresividad, paranoia, ataxia, confusión, diplopía, visión borrosa, inyección conjuntival, lagrimeo, náusea, vómito, dolor abdominal, diarrea, tos, estornudos, disnea, dolor precordial, disartria, letargia, midriasis, nistagmos, convulsiones y coma. La muerte súbita es el mayor riesgo asociado con el uso de estas drogas. (Terleira AI y Vargas, 2009).

Vale la pena hacer mención específica al cloruro de metileno, conocido popularmente como “**dick**, ladys, fragancia o máximo impacto”, pues en los últimos años hay reportes de consumo de este inhalante. Se trata de un solvente industrial líquido, utilizado para limpiar fotocopiadoras y CPU, que se usa por vía inhalatoria (los reportes anecdóticos informan que los adolescentes impregnan sus prendas de vestir de la sustancia para tener una inhalación constante de la sustancia), se produce irritación conjuntival, quemaduras en piel, mareo y diversos grados de alteración de conciencia.

Efectos del consumo crónico

El modo como se utilizan estas sustancias origina lesiones de la piel y la mucosa perioral. También es frecuente la aparición de miopatías y alteraciones hidroelectrolíticas como la acidosis metabólica en el caso del abuso de tolueno. Pueden aparecer diversas nefropatías y alteraciones hematológicas con disminución de todas las células sanguíneas (anemia, leucopenia, trombocitopenia), así como alteraciones cualitativas de las mismas. Estas alteraciones son más frecuentes con el abuso de benceno, al cual también se ha asociado con el desarrollo de leucemias, linfomas y mielomas múltiples.

Las secuelas más graves se encuentran en el SNC, en el que se advierte una disfunción múltiple y progresiva, con compromiso cerebral (ataxia y disartria), prefrontal (alteraciones conductuales y deterioro intelectual), motor y sensorial. En las tomografías cerebrales es posible observar atrofia cerebral, cerebelosa, muscular y del nervio óptico. El tolueno produce daños de los nervios óptico y olfativo y encefalitis. Todos los inhalantes pueden producir diversos grados de neuropatía periférica (Terleira AI y Vargas, 2009).

Finalmente, no existe consenso en la literatura científica acerca de la existencia de un síndrome de abstinencia específico para los inhalantes.

Nitritos

Los nitritos inhalantes son sustancias de uso popular como estimulantes sexuales por su intensificación del placer y la dilatación del esfínter anal. El más conocido es el “popper”, nombre popular para las presentaciones de nitritos inhalables, de los cuales el más conocido es el nitrito de amilo, sustancia usada entre los toxicólogos como uno de los antídotos para la intoxicación por cianuro y como limpiadores de objetos electrónicos. El nitrito de amilo es un líquido incoloro y con olor a frutas que se consigue en ampulas o en pequeños frascos de vidrio y que se inhala. Esta sustancia es un vasodilatador cuyos efectos se inician a los pocos segundos y duran unos cuantos minutos. Dichos efectos son enrojecimiento de cara y cuello, irritación de la piel (nariz y alrededor de los labios), taquicardia, mareo, disminución de la presión arterial, euforia pasajera, dolor de cabeza, náusea, vómito y prolongación del orgasmo y esta sustancia genera tolerancia y dependencia.

La vasodilatación de los nitritos puede producir mareo y síncope. También se presenta metahemoglobinemia y, en casos extremos, acidosis metabólica, letargia, isquemia miocárdica, coma y convulsiones (Terleira AI y Vargas, 2009).

Tratamiento de la intoxicación aguda por inhalantes

1. Realizar ABC. Administración de oxígeno de acuerdo con la necesidad. Intubación y ventilación mecánica en caso de depresión del SNC.
2. Realizar medidas de descontaminación:
Contacto dérmico:
Realizar baño exhaustivo con agua y jabón, enfatizar en el aseo de los pliegues, pabellón auricular, cuero cabelludo y región periumbilical.
Ingestión:
 - No inducir el vómito.
 - Diluir contenido gástrico con agua 10 cc/kg.Se puede administrar una papilla de leche para disminuir absorción del hidrocarburo.
 - Hacer lavado gástrico en caso de intoxicación por alcanfor, hidrocarburos aromáticos (benceno, tolueno, xileno) y halogenados (tetracloruro de carbono, cloroformo, tricloroetano); si el paciente presenta alteración del estado de conciencia se debe asegurar previamente la vía aérea mediante intubación.También tiene indicación de lavado gástrico ante coingesta de otra sustancia con el hidrocarburo.
 - Administrar carbón activado 1 gr/kg diluido al 25% por SNG en dosis única, sólo en caso de intoxicación por los hidrocarburos citados y en kerosene y trementina.
3. En caso de convulsiones administrar diazepam 5 mg IV en adultos y 0.1 a 0.33 mg/kg dosis hasta un máximo de 3. Si se presenta status convulsivo, administrar después de labenzodicepina, fenitoina 15 mg/kg diluidos en 100 cc de solución salina al 0.9% para pasaren 30 minutos IV y continuar con 300-400 mg /día VO en adultos o 6-10mg/kg/día VO en niños.
4. Emplear diuréticos si el balance de líquidos es positivo o en presencia de edema pulmonar de origen cardiogénico.
5. Evitar el empleo de adrenalina y atropina y, en caso de ser indispensable su uso, iniciar con la dosis terapéutica más baja.
6. Lidocaína para las arritmias ventriculares 1 mg/Kg en bolo IV para continuar en adultos con 1-4 mg /min y en niños 1-1.5 mg / min en infusión continua.
7. En caso de daño hepático por intoxicación por hidrocarburos halogenados se debe iniciar tratamiento con N-acetilcisteina a dosis de 140 mg/kg por VO, luego continuar con 70 mg/kg cada cuatro horas por 17 dosis; o se puede administrar por vía intravenosa 150 mg/kg en 200 cc de DAD 5% para pasar en 30 minutos; luego 50 mg/kg en 500 cc de DAD 5% para pasar en cuatro horas y seguir con 100 mg/kg en 1000 cc de DAD 5% para las siguientes 16h. Si las pruebas hepáticas están

alteradas al final del tratamiento se debe continuar con la última dosis que se está administrando hasta que se normalicen.

8. En caso de intoxicación por *thinner* se sugiere descartar intoxicación por alcohol metílico concomitante porque es un solvente constitutivo frecuente en concentración variable. La presencia de acidosis metabólica con brecha aniónica elevada y visión “nublada” se contempla la posibilidad de un diagnóstico de intoxicación metílica y tratarse como tal.
9. Antibióticos únicamente en caso de broncoaspiración:
clindamicina 600 mg IV c/6h en adultos; 25 a 40 mg /Kg /día c/6 h, o ampicilina / sulbactam 50 mg /kg cada 6-8 horas en niños o 1.5 gr c/6 horas en adultos. De no disponerse de los anteriores antibióticos puede emplearse penicilina cristalina 2.000.000 U c/6 h en adultos, 200.000 a 300.000 U/Kg/día c/6 h en niños, durante 10 días.
10. Si se presenta edema agudo de pulmón y neumonitis química se requiere presión positiva al final de la espiración (PEEP).
11. La administración de esteroides es controversial porque aumentan el riesgo de infecciones y no hay estudios controlados que demuestren su utilidad.
12. Solicitar pruebas de función hepática, renal, electrocardiograma y radiografía de tórax.
13. Monitorizar los signos vitales y patrón respiratorio (Tellez J., 2008).

Los protocolos de manejo del paciente intoxicado de la Universidad de Antioquia sugieren evitar el uso de epinefrina y dopamina por el peligro de arritmias ventriculares de difícil manejo. O, en caso de ser necesario, usar bajas dosis de epinefrina (Aristizábal, 2012).

Para recordar:

- Los inhalantes más consumidos son los pegantes (sacol, bóxer, XL) y el “dick”: cloruro de metileno.
- Son depresores del SNC.
- Intoxicación aguda: embriaguez, alucinaciones, depresión del SNC, agresividad.
- Intoxicación crónica: principalmente afección del SNC, daño renal, cardíaco y pulmonar.
- Síndrome de abstinencia no muy bien definido y de manejo sintomático.
- “Popers”: nitritos. No afectan SNC. Riesgo de metahe-moglobinemia.

Drogas de síntesis y emergentes

Son sustancias psicoactivas sintetizadas en laboratorios clandestinos. También son conocidas como drogas sintéticas o drogas de diseño y sus efectos son estimulantes y alucinógenos y su potencial tóxico puede ser importante por las mezclas y contaminantes utilizados en su elaboración. En Colombia, la droga de diseño que más se ha usado es el “éxtasis”, pero los componentes químicos de las sustancias que se expenden con este nombre y las implicaciones reales (en términos de intoxicaciones agudas y crónicas) del uso y abuso de las mismas son motivo de controversia. Respecto a las otras “drogas de diseño” (derivados opiáceos, arilhexilaminas y derivados de la metacualona) se tienen pocos reportes de consumo en nuestro medio, excepto el 2-CB (también conocido como “cocaína rosada”) cuyo consumo, al parecer, está en aumento y la ketamina que, de manera esporádica, se menciona por los consumidores de otras drogas. Sin embargo, en un estudio realizado el año pasado en pacientes de centros de tratamiento de la ciudad de Medellín, aparecieron reportes de consumo de “éxtasis líquido”, dextrometorfano, meperidina, metacualona, fenciclidina y fentanilo (Castaño, 2013).

Clasificación

Las “drogas de diseño” pertenecen a cuatro grupos como se muestra en la tabla 16.

A continuación se describen los aspectos farmacológicos y clínicos más destacados de cada grupo.

FENILETILAMINAS

Estos compuestos se conocen como ETA's, es decir, estimulantes tipo anfetamina. El DOM fue muy usado en la década de los sesenta y bautizado por los *hippies* con el nombre de STP (Serenidad, Tranquilidad, Paz). Las feniletilaminas más empleadas son la MDMA (“éxtasis”) y el 2-CB. Según los reportes de los consumidores, estas sustancias mejoran la introspección, disminuyen los sentimientos

Tabla 16. Clasificación de las drogas de diseño

DROGAS DE DISEÑO	
FENILETILAMINAS	DERIVADOS OPIÁCEOS:
<p>Metanfetamina TMA-2 (2,4,5-trimetoxianfetamina) DOM (4 metil-2.5-dimetoxianfetamina) PMA (parametoxianfetamina) DOB (4bromo 2, 5-dimetoxianfetamina) 2CB/MFT (4bromo 2,4-metoxifenilamfetamina) MDA (3,4 metilendioxi-anfetamina) MDEA (3,4 metilendioxi-et-anfetamina) MDMA (3,4 metilendioxi-metanfetamina) N- etil MDMA (derivado del anterior).</p>	<p>Derivados del fentanilo: AMF (alfa metilfentanil) 3MF (3-metilfentanil) PFF (parafluorofentanil) AMAF (alfametilacetil fentanil) Derivados de la meperidina: MPPP (1 metil, 4 fenil, 4 propionoxipiperidina) MPTP (1 metil, 4 fenil, 1,2,3,6-tetrahidropiridina).</p>
ARILHEXILAMINAS	DERIVADOS DE LA METACUALONA
<p>PCP (Fenciclidina) Ketamina (derivado de la fenciclidina) PCC (piperidinociclohexanocarbonitrilo) TCP (tiofeno fenciclidina) PCE (n-etil fenciclidina) PHP (fenilciclohexilpirrolidina)</p>	<p>Meclocualona Nitrometacualona.</p>

negativos y rompen las barreras de la comunicación. Ello, aunado a la euforia y al aumento de la resistencia física, las convierte en drogas ideales para “rumbas”. Son compuestos cuya estructura es similar a la de las catecolaminas endógenas. Químicamente están relacionadas con las anfetaminas y la mescalina (sustancia alucinógena contenida en el peyote). La dopamina, noradrenalina y serotonina son los principales neurotransmisores involucrados en la fisiopatología de las intoxicaciones con estas sustancias.

“Éxtasis”

El “éxtasis” es uno de los nombres populares de la 3,4 metilendioxi-metanfetamina (MDMA), conocida como “XTC”, “ADAM” y “El psicodélico de los yuppies”. La MDMA fue desarrollada como un supresor del apetito en 1912 y patentada por Laboratorios E. Merck & Cía., pero nunca fue comercializada.

Desde finales de los setenta, algunos psicoterapeutas la recomendaron como herramienta auxiliar de la psicoterapia, pero no hay estudios controlados en favor de esta aplicación y el uso del “éxtasis” para estos fines se ha hecho sin la aprobación de la FDA (Administración de alimentos y drogas de los Estados Unidos).

En Europa y Estados Unidos, durante el decenio de 1980, la MDMA se popularizó en algunos recintos universitarios y como “droga recreativa”, por testimonios de sus consumidores de que su uso mejora la capacidad de introspección, el conocimiento de uno mismo y la capacidad para relacionarse con otros y, por su incremento en Estados Unidos, la DEA (Administración para el control de drogas) la incluyó en la lista I de al Comprehensive Substances Act, en la que están las sustancias que poseen un alto potencial de abuso, carecen de uso médico y no cumplen con las normas de seguridad exigidas por la FDA (Administración de drogas y alimentos). Aunque la vía de administración más frecuente es la vía oral, también puede utilizarse por vía inhalatoria. Por la vía oral, los efectos comienzan en 20-60 minutos y duran hasta cuatro horas. La sustancia se distribuye ampliamente por todo el cuerpo y atraviesa la barrera hematoencefálica, es metabolizada en el hígado y su eliminación se hace, principalmente, por vía urinaria (Martín J. y., 2008). La MDMA está disponible en tabletas, cápsulas y polvo que contienen dosis que oscilan entre 50 y 125 mg.

La sustancia que se consigue como “éxtasis” puede estar adicionada con otras sustancias como: cafeína, ketamina, anfetaminas, cocaína, acetaminofén y mescalina. Aunque el mecanismo de acción no está dilucidado del todo, se sabe que la MDMA ejerce una actividad estimulante del sistema nervioso central y periférico y que interactúa con neurotransmisores como la adrenalina, la serotonina y la dopamina.

En ratas, está demostrada la degeneración de las células nerviosas serotoninérgicas y sus axones, que se atribuyen a esta sustancia. En la actualidad, la neurotoxicidad en humanos, ocasionada por la MDMA en las neuronas serotoninérgicas, está aceptada por los

autores que consideran que este fenómeno está más asociado con consumos repetidos, aunque, en algunos casos, puede presentarse después de una sola dosis.

Efectos agudos

Los efectos agudos más frecuentes son aumento de presión, pulso, frecuencia respiratoria y temperatura; midriasis, trismus, excitación, temblor, aumento de reflejos osteotendinosos, sequedad de boca, sudoración, deshidratación, insomnio y pérdida del apetito. Los efectos buscados por los consumidores son euforia, sentimiento de intimidad y cercanía con los otros, aumento de la autoestima e incremento de la sensualidad.

Complicaciones

El llamado “mal viaje” se da entre los experimentadores o en consumidores de dosis altas, quienes, además de la sintomatología anterior, reaccionan con pánico, ansiedad, temor, agresividad, conductas autodestructivas y delirios paranoides. Otras complicaciones son: angina, arritmias severas, paro cardiorespiratorio, hipertermia, convulsiones, crisis hipertensivas, infarto y hemorragia intracerebral, coagulación intravascular diseminada, rabdomiólisis, falla renal y muerte.

Algunos pacientes relatan síntomas residuales después del consumo como somnolencia, irritabilidad, depresión, dificultad para concentrarse, dolores musculares y fatiga. Estos síntomas duran hasta dos semanas. Habitualmente, se menciona el riesgo de que se presenten complicaciones cardíacas y neurológicas e, inclusive, la muerte, por mezclar el “éxtasis” con otras sustancias psicoactivas.

Efectos crónicos

El consumo de “éxtasis” agrava enfermedades preexistentes tales como arritmias, hipertensión arterial, epilepsia y enfermedades psiquiátricas. Con el consumo crónico se da pérdida de peso, irrita-

bilidad, falla hepática, trastornos hidroelectrolíticos y hemorragia intracraneal espontánea. Psicosis paranoides crónicas y depresiones severas con ideación suicida pueden ser desarrolladas o agravadas por el consumo de MDMA. En estos pacientes es posible que aparezcan los llamados “*flashbacks*” que corresponden los síntomas producidos por el éxtasis sin haberlo consumido o desencadenados por el consumo de sustancias psicoactivas diferentes. Esta alteración se conoce como trastorno perceptual persistente por alucinógenos.

Los efectos producidos por la MDMA dependen de la calidad y cantidad de la sustancia, de factores de la personalidad, del estado de salud previo, de las circunstancias del consumo y de la mezcla con otras sustancias psicoactivas. Los efectos de una dosis única duran entre cuatro y seis horas. Los efectos de un “mal viaje” pueden durar aproximadamente 48 horas.

Usos terapéuticos potenciales

Los términos entactógeno (que produce contacto con el interior) y empatógeno (generador de empatía), se han aplicado a la MDMA para apoyar su uso en psicoterapia. Aunque existen reportes en la literatura que lo apoyan, no existe ningún estudio científicamente controlado que lo demuestre, por lo tanto, es necesario llevar a cabo más investigaciones para clarificar su utilidad terapéutica.

No existen criterios para síndrome de abstinencia y dependencia de MDMA. El tratamiento de la intoxicación es sintomático (Martín J. y., Intervención Farmacológica, 2008).

Tratamiento de la intoxicación por éxtasis

1. Estabilización. Realizar ABCD para asegurar la vía aérea e hidratación con líquidos endovenosos.
2. Monitorización de la FC, TA, FR, temperatura, pulsioximetría y electrocardiograma.
3. Descontaminación gastrointestinal con carbón activado (1 g/kg, máximo 50 gramos). Si el paciente se presenta en la primera hora posterior

a la ingesta de la sustancia y si no presenta alguna otra contraindicación para esta medida, es preciso recordar que si existe alteración en el estado de conciencia es mandatoria la intubación oro traqueal antes de aplicar el carbón. (Ver capítulo 1).

4. Agitación y/o convulsiones. Diazepam 10 mg IV y repetir cada 10 minutos si no responde. La dosis de los niños de 0.1 mg/kg a 0.3 mg/kg IV. También se puede usar midazolam 3-5 mg en adultos y 0.1 mg/kg a 0.2 mg/kg en niños. Se pueden llegar a necesitar dosis altas de benzodiazepinas. No se recomienda el uso de fenitoina en las convulsiones asociadas con la intoxicación por éxtasis.
5. Hipertermia. Si se presenta hipertermia severa ($>41^{\circ}\text{C}$) es necesario realizar manejo con inmersión en agua con hielo, si las temperaturas no son tan elevadas se pueden usar otras medidas térmicas no tan agresivas como mantas frías o baño con agua fría [18].
6. Arritmias. La recomendación en este caso es seguir los lineamientos que para el manejo de las arritmias dicta la American Heart Association (AHA) en los protocolos de "Advanced Cardiac Life Support (ACLS)". En el caso de taquiarritmias supraventriculares se encuentra indicado administrar adenosina o bloqueadores de los canales de calcio. Y en las de origen ventricular amiodarona (5 a 10 mg/kg en 20 minutos y luego una g para 24 horas), si hay inestabilidad hemodinámica se debe realizar cardioversión eléctrica. El uso de beta-bloqueadores es controversial y no se recomiendan como manejo de primera elección. Se insiste en que el uso de benzodiazepinas es una medida que se debe instaurar de manera temprana en el caso de arritmias y que puede disminuir la necesidad de otras medidas terapéuticas.
7. Crisis hipertensiva. Nitropusiató de sodio a dosis de 10 microgramos/kg/min IV.
8. Rabdomiolisis. Administrar solución salina normal y mantener gasto urinario >2 mL/kg/h.
9. Hiponatremia. En la mayoría de los casos es leve y puede responder de forma adecuada a la restricción hídrica. En hiponatremia severa (menor a 120 mEq / L) y síntomas neurológicos se debe instaurar solución salina hipertónica (3%) 100 ml en bolo IV (en hiponatremia aguda debe aumentar la concentración sérica de sodio de 2 a 3 mEq / L), para disminuir el edema cerebral. Si hay persistencia de los síntomas o empeoramiento se ha de instaurar uno o dos bolos más en intervalos de 10 minutos [19-21].
10. Recomendación para reposición de sodio. No aumentar más de 10 mEq/L en las primeras 24 horas. El aumento en el sodio en las primeras 48 horas no debe ser mayor a 18 mEq/L (Gallego H. y., 2012).

2CB. (4-BROMO-2,5-DIMETOXIFENILANFETAMINA)

El 2 CB, sustancia conocida como “tucibi”, por su nombre en inglés, cocaína rosada o bromo mescalina, es una fenietilamina, denominada en otros países como Nexus y Venus, se utiliza por vía oral o inhalatoria. Es un agonista parcial selectivo de los receptores de serotonina 5-HT_{2A} y 5-HT_{2C} y se considera más potente que la mescalina y popularizado como un afrodisíaco intenso. Sus efectos son una mezcla de estimulación y alucinaciones y dependen de las dosis consumidas. En dosis bajas se potencian los sentidos y en dosis altas es un alucinógeno fuerte, principalmente de tipo visual (Plan Nacional sobre drogas, 2002).

Metanfetamina

Se conoce como “meth”, “speed”, “crank” y es un análogo de la anfetamina con alto potencial de abuso. Sus efectos agudos, crónicos y complicaciones son similares a los de los estimulantes. Puede consumirse por vía oral, inhalada, fumada o por vía intravenosa; sin embargo, las formas fumadas de esta droga (conocidas popularmente como “ice”, “cristal”) producen rápidamente sensaciones de euforia y energía intensa, crean dependencia y cuadros alucinatorios y paranoides. Es común que los consumidores de las formas ingeridas e inhaladas se pasen a las otras vías para experimentar sensaciones más intensas. El uso de productos intermedios en los procesos de síntesis se ha relacionado con su toxicidad.

Los consumidores crónicos dejan entrever heridas en piel por rascado constante y microzoopsias (alucinaciones de insectos que caminan encima o debajo de la piel), que se observan en dependientes severos de cocaína. Además, son frecuentes los problemas dentales por bruxismo, trismus, mala higiene oral y productos que se usan para la síntesis de la metanfetamina. Habitualmente se encuentran fracturas dentales, ausencia de dientes y caries, lo que se conoce como “boca de metanfetamina”.

Por su efecto estimulante, los consumidores gastan energía y pasan largas jornadas sin comer y sin dormir y pierden peso. Las personas que utilizan esta droga por vía intravenosa y comparten agujas usadas y contaminadas tienen el riesgo de contraer VIH/SIDA y hepatitis B y C (NIDA, Easy to read drug facts, 2012?).

DERIVADOS OPIÁCEOS

El fentanilo es un agonista opiáceo, con una potencia 100 a 200 veces superior a la de la morfina. El AMF, conocido popularmente como “*china white*”, es uno de los derivados del fentanilo más utilizado como sustancia de abuso.

Los derivados del fentanilo pueden consumirse inhalados, fumados o inyectados. Son sustancias altamente liposolubles y ejercen su efecto a través de los receptores opiáceos. Los consumidores buscan sensaciones euforizantes las cuales van seguidas de efectos analgésicos y somnolencia. Los principales efectos negativos son depresión respiratoria, náuseas y vómito. Las sobredosis se caracterizan por alteraciones de la conciencia y colapso cardiovascular las cuales pueden producir la muerte. El edema pulmonar es otra de las posibles complicaciones.

La meperidina es un agonista opiáceo, que se usa, frecuentemente, como analgésico, aunque su potencia es menor que la de la morfina. Sus derivados son, tristemente, famosos porque la utilización del MPTP provocó, a principios de los años 80, una epidemia de parkinsonismo tóxico entre los adictos de esta sustancia. Los consumidores buscan efectos euforizantes y los síntomas de intoxicación aguda son los característicos de los opiáceos: pupilas puntiformes, depresión respiratoria, estupor o coma, piel caliente y enrojecida, bradicardia, hipotensión, disminución de los movimientos intestinales y relajación muscular. Las complicaciones más comunes son edema pulmonar, broncoaspiración (por depresión respiratoria y vómito fácil), insuficiencia renal aguda, hepatopatía aguda, rabdomiólisis y convulsiones. Por ser opioides sintéticos, los derivados del fentanilo y la meperidina producen tolerancia, dependencia psí-

quica y física. El diagnóstico de intoxicación por estas sustancias es clínico ya que son difíciles de detectar en orina. También debe sospecharse en pacientes jóvenes con síntomas de parkinsonismo o en aquellos que responden al uso de antídotos convencionales para opiáceos.

La suspensión abrupta del consumo de estas sustancias puede producir síndromes de abstinencia, los cuales requieren manejo específico el cual obligatoriamente no incluye manejo farmacológico. Además, pueden darse síndromes de privación en neonatos y lactantes de madres abusadoras de estos derivados opiáceos (Giraldo A., 2008).

ARILHEXILAMINAS

La fenciclidina fue sintetizada en 1926, pero sus propiedades anestésicas sólo fueron descubiertas en 1957. Su uso como anestésico declinó rápidamente por el delirio alucinatorio postoperatorio. A partir de 1970 se empezó a consumir como droga de abuso y recibió el nombre popular de “polvo de ángel”.

La PCP y sus derivados pueden consumirse por vía oral, inhalatoria o intravenosa. Los efectos duran hasta seis horas de acuerdo con su concentración. El metabolismo de estas sustancias es hepático y su excreción renal. Las arilhexilaminas tienen múltiples mecanismos de acción hasta pudiéndose observar efectos estimulantes, depresores, alucinógenos y anestésicos. Estudios *in vitro* han demostrado alteraciones de norepinefrina, dopamina y serotonina. La PCP tiene efectos anticolinérgicos y colinérgicos. También, se ha observado bloqueo de los receptores del glutamato tipo del ácido N-metil-D-aspartico (NMDA) e inhibición del GABA. La intoxicación por estas sustancias produce taquicardia, hipertensión, hipertermia, aumento de la sudoración, agitación, nistagmos (movimientos involuntarios de los ojos), convulsiones, estupor, distonía, ataxia, insomnio, pérdida del apetito, agresividad y cuadros psicóticos y paranoides. En estudios animales se ha documentado la presencia de tolerancia y síndrome de abstinencia.

DERIVADOS DE LA METACUALONA

La metacualona fue sintetizada en la India en 1955 y estuvo disponible en Europa a partir de 1960. En Estados Unidos, a partir de 1970, se popularizó su uso como afrodisíaco callejero. Un poco más tarde se utilizó en Colombia y se hizo famoso el consumo de la presentación comercial llamada Mandrax®. Estas sustancias son depresoras del sistema nervioso central y, en la clasificación como drogas de abuso, aparecen dentro de los hipnóticos no barbitúricos.

La metacualona y sus derivados tienen efectos hipnosedantes, antihistamínicos, anticonvulsivantes, anestésicos locales, antitusígenos y antiespasmódicos. La intoxicación se caracteriza por letargia y ataxia. Algunos pacientes describen desinhibición y euforia y puede producirse depresión respiratoria y coma. La metacualona inhibe la agregación plaquetaria, produce trombocitopenia e hipoprotobinemia que se evidencian clínicamente por hemorragias conjuntivales, retinales o gastrointestinales (Giraldo A. , Drogas de síntesis. Intoxicación., 2000).

En los últimos años se habla de las nuevas sustancias psicoactivas (NSP) o drogas emergentes, que son definidas por la ONUDC de la siguiente manera:

Las NSP son sustancias de uso indebido, ya sea puras o en preparados, que no están fiscalizadas por los tratados internacionales sobre drogas, pero que pueden plantear una amenaza a la salud pública. En este contexto, el término “nuevas” no se refiere forzosamente a nuevas invenciones, sino a sustancias que han empezado a circular recientemente en mercados concretos. En general, NSP es un término genérico que incluye sustancias o productos psicoactivos no reglamentados (nuevos) que tratan de imitar los efectos de drogas sujetas a fiscalización (UNODC, 2013).

Adicionalmente, muchas de las drogas emergentes se expenden etiquetadas como “no aptas para el consumo humano”, están diseñadas para imitar efectos de otras drogas y existe poca información científica sobre su toxicidad aguda y crónica (Bernal, 2014).

Estas sustancias se venden como fertilizantes para plantas, sales de baño o “químicos de investigación”, se han confiscado en todo el mundo y es muy difícil identificar sus compuestos.

Con frecuencia, la verdadera composición de las nuevas sustancias psicoactivas es desconocida para los usuarios, trabajadores de la salud o autoridades de control. La lista de contenidos en el envase no siempre indica los ingredientes activos ni los términos genéricos que son utilizados (Briónes, Cumsille, & Henao, 2013).

Las sustancias más importantes reportadas entre 2012 y 2013, según la Onudc, en orden de frecuencia son:

- Cannabinoides sintéticos
- Catinonas sintéticas
- Ketamina
- Feniletilaminas
- Piperazinas
- Aminoindanos
- Tipo fenciclidina
- Triptaminas

Los **cannabinoides sintéticos**, como su nombre lo indica, buscan simular los efectos del cannabis y se venden en forma de polvo; generalmente se fuman pero también se pueden consumir vía oral como infusiones y se considera que son más potentes que el THC. Los efectos son similares a los producidos por la marihuana y pueden durar seis horas. Inicialmente, se vendieron como incienso para meditación y ahora vienen como mezclas de plantas para fumar. Algunos nombres comerciales son: *spicegold*, *spicesilver*, *spicediamond*, K2, Bliss y JHW-018. Ninguno de estos cannabinoides está bajo fiscalización internacional y cuando se consumen estas sustancias son negativas las pruebas de detección en orina para cannabinoides. (Climent B. y., 2010).

Al grupo de las **feniletilaminas** pertenecen el éxtasis, la metanfetamina, la MDEA y la MDA; sin embargo, vale la pena mencionar las

catinonas sintéticas, puesto que imitan los efectos de las fenetilaminas, así:

- Catinona: anfetamina
- Mefedrona: metanfetamina
- Metilona: MDMA

En este punto vale la pena mencionar el nuevo alucinógeno **25C-NBOMe** (sustituto frecuente del LSD) corresponde a la (2-(4-cloro-2,5dimetoxifenil)-N-(2-metoxibencil) etanamina, siendo su presentación más frecuente, sellos iguales a los del LSD, y cuyo consumo produce alucinaciones visuales y auditivas, alteraciones temporales, náuseas y ataques de pánico. Sus efectos pueden durar hasta 10 horas (Bernal, 2014).

De otro lado, la **ketamina**, que hace parte del grupo de las **fenciclidinas** ha sido utilizada como sustancia de abuso entre algunos consumidores de otras sustancias y sus nombres populares más frecuentes son “K”, “keta”, “special K” y “vitamina K”.

La ketamina es un medicamento que se usaba como anestésico general disociativo, pero que, por los efectos desagradables que producía, ha sido desplazado hacia la medicina veterinaria. Esta droga tiene efectos estimulantes, depresores, alucinógenos y analgésicos. Como fármaco es un líquido incoloro e inodoro, pero como droga de abuso se consigue en polvo, pastillas y cápsulas. Aunque puede ingresar al organismo por cualquier vía, las más frecuentes son la inhalatoria y la parenteral (IM e IV). A dosis bajas produce una embriaguez similar a la etílica, pero a dosis más altas es un hipnótico potente. Otros síntomas son hipertensión, mareo, náusea, vómito, alteraciones sensorio-perceptivas y alteraciones del equilibrio. El efecto más reportado por los consumidores es el de sentirse “fuera del cuerpo” “como flotando”, sensación que se experimenta, por algunos, como terrorífica. Se pueden presentar experiencias de desrealización y despersonalización y como complicación psicosis exotóxica. Por sus efectos depresores produce alteraciones de memoria y, en los casos más graves, depresión respiratoria y paro

cardíaco. Su consumo continuado produce tolerancia y dependencia psicológica. No hay reportes de dependencia física. Al igual que para otras drogas que poseen efectos alucinógenos, se reportan *flashbacks* asociados con el uso de ketamina.

Respecto al grupo de las **piperazinas**, son conocidos como medicamentos fallidos y son intermediarios de algunos antidepresivos; sus efectos se asemejan a los de las anfetaminas y se han reportado muertes por su consumo (Bernal, 2014). Al grupo de las **triptaminas** pertenecen la dimetiltriptamina, muy mencionada en las redes informáticas, la bufotenina y la psilocibina. En el Informe mundial de las drogas del 2014 se menciona, además, la ***Salvia divinorum***, como una droga emergente de origen vegetal. También conocida como hierba de la pastora, Ska maría pastora y menta divina. Se utiliza por vía oral, se mastica la planta o se ingiere la infusión de la hoja o fumada. Al parecer, es un alucinógeno intenso y no se conocen las complicaciones de su uso continuado. Algunos autores incluyen dentro del grupo de las drogas emergentes a los hongos alucinógenos y mencionan, además, los que contienen alucinógenos, a la *amanita muscaria* y también a otras sustancias vegetales como la ibogaína, el khat y el beleño negro (Climent B. y., 2010).

Vale la pena mencionar como droga emergente a la desomorfinina (5a-17-metil-4,5-epoximorfina-3-ol), conocida popularmente como krokodil, tristemente famosa en la web por supuestos episodios de canibalismo asociados con su consumo, pero del que tenemos poca información científica. Este compuesto es 10 veces más potente que la morfina y se intentó usarlo como medicamento analgésico en los años 30 del siglo pasado, pero abandonado por su alto potencial adictivo. El producto surge de la combinación de pastillas de codeína con químicos tóxicos como encendedores y limpiadores industriales. Dicen que el nombre krokodil, proviene de las escamas verdes que se forman alrededor de los sitios de inyección, semejantes a la piel del cocodrilo y generadoras de complicaciones gangrenosas. Esta droga es conocida también como droga zombie o heroína de los pobres. Al parecer, en Rusia se encuentra el mayor número de consumidores y, por ser un derivado opiáceo, presenta

intensa dependencia y fuerte síndrome de abstinencia con su suspensión (NIDA, Emerging Trends. Krokodil, 2014).

El manejo de la intoxicación por estas sustancias se hace de acuerdo con la sintomatología del paciente. Por definición, los alucinógenos no producen dependencia. Las fenetilaminas, por su semejanza con las anfetaminas, sí pueden producir dependencia intensa con síndrome de abstinencia. Esto mismo es válido para el krokodil por estar emparentado con los opioides. En vista de que muchas de estas sustancias son relativamente nuevas o consideradas legales, aún no se cuenta con estudios concluyentes.

Para recordar:

Drogas de síntesis:

- Las más usadas: éxtasis, 2 CB, metanfetamina. Estimulantes con efectos alucinógenos.

NSP: nuevas sustancias psicoactivas:

- Ketamina, Salvia divinorum, cannabinoides sintéticos.
- Síntomas diferentes pues todas tienen distintos mecanismos de acción.
- Manejo sintomático de acuerdo con el grupo al que pertenecan.

Alucinógenos

Los alucinógenos son sustancias que se caracterizan por su capacidad para presentar alteraciones perceptuales. También son conocidos como psicodislépticos, psicotomiméticos, enteógenos, ilusiógenos, psicodélicos, etc. Si bien su nombre se debe a la capacidad que tienen para producir alucinaciones, es decir, percepciones sensoriales sin fundamento en el mundo exterior, lo más común es que produzcan ilusiones o interpretaciones falsas de imágenes reales.

Casi todos interactúan con el neurotransmisor serotonina y es posible que se presenten fenómenos de tolerancia cruzada cuando se consumen.

Estas sustancias también tienen en común una historia de uso mágico y religioso en diversas culturas. En general, se considera que los alucinógenos no producen dependencia; no obstante, pueden producirse complicaciones orgánicas y psiquiátricas asociadas con su uso y en la actualidad es frecuente que sean consumidos por usuarios dependientes de otras drogas.

Otras sustancias ya revisadas en este texto también pueden estar relacionadas con la presencia de alucinaciones: alcohol, cocaína, benzodiazepinas, *Cannabis*, inhalantes, anfetaminas, fenciclidina, ketamina, y 2C-B y aunque no es un fenómeno común, diversos medicamentos producen alucinaciones: acyclovir, carbamazepina, ranitidina, cimetidina, clonidina, propranolol, procainamida, difenhidramina, gentamicina, metilprednisolona e imipramina (Ellenhorn, 1997).

A continuación se revisan los alucinógenos de uso más común:

LSD

Esta sigla corresponde a la abreviatura en alemán de la D-dietilamida del ácido lisérgico (Lysergsäurediäthylamid), sustancia reconocida popularmente como ácido o papelito.

Algunos autores creen que la historia de la LSD se inicia en Grecia para la celebración de los ritos eleusinos en la que, supuestamente, se utilizaban extractos del cornezuelo de centeno, hongo a partir del cual se extrae el ácido lisérgico necesario para la síntesis de este compuesto. En 1938, Hofmann sintetizó por primera vez la dietilamida del ácido lisérgico, que correspondía al compuesto número 25 de los obtenidos a partir de este ácido y lo llamó LSD-25. Pero fue en 1943 cuando, durante una nueva síntesis de la sustancia, Hofmann se expuso accidentalmente a esta sustancia y descubrió sus efectos alucinógenos. Desde entonces se iniciaron múltiples investigaciones

con esta sustancia que fue calificada como un invento maravilloso para convertirse, posteriormente, en una droga satanizada. El uso de esta sustancia por parte de *hippies* y artistas dio origen al movimiento psicodélico y, desde octubre de 1966, la LSD se convirtió en sustancia ilegal. Aunque durante los años 70 el consumo de esta sustancia había disminuido, en los 80 se incrementó en Estados Unidos y Europa y aumentó el número de pacientes que ingresaron a los servicios de urgencias por malas experiencias con LSD.

En Colombia, el LSD también gozó de alguna popularidad en los 60 y 70 pero posteriormente su uso declinó; sin embargo, en la actualidad la sustancia goza de gran popularidad y su uso es de alto riesgo porque lo que se consigue como LSD no contiene ácido lisérgico sino otros productos de mayor toxicidad como el 25C-NBOMe, una fenetilamina, de la cual se tienen reportes de consumo desde 2010 y se asocia con intoxicaciones e incluso muertes por sobredosis (Bernal, 2014).

El LSD se obtiene a partir del ácido lisérgico, alcaloide contenido en el *Claviceps purpúrea* o cornezuelo de centeno, hongo que parasita los cereales. Actualmente es posible aislar este alcaloide con la multiplicación del hongo en tanques de fermentación y obtener a bajo precio toneladas del mismo sin necesidad de recurrir a cereal parasitado. El LSD es una sustancia incolora, inodora, insabora y soluble en agua y está disponible en el mercado ilícito en forma de polvo, comprimidos, gelatinas, soluciones, pastillas y pequeños papeles impregnados con la sustancia.

Este alucinógeno se absorbe por todas las vías pero la más frecuente es la oral. Su metabolismo se da en el sistema hepático y sólo 1% de la dosis ingerida se concentra en el cerebro. La excreción se realiza en un 80% a través de la bilis.

El LSD se comporta como un agonista parcial de los receptores 5-HT₂ e imita los efectos de la serotonina; también se han encontrado interacciones con los receptores dopaminérgicos (Lizasoain I. M., 2009).

Efectos agudos

El LSD es considerado el alucinógeno más potente. Es posible que se presenten los siguientes síntomas: taquicardia, hipertermia, aumento de frecuencia respiratoria; midriasis, epífora, sialorrea, sensaciones de hormigueo y entumecimientos en los miembros, náusea, vómito, anorexia, sonrojamiento, temblores y escalofríos. Algunos autores manifiestan que la intensidad de la midriasis está en relación con el grado de intoxicación y que su normalización marca la vuelta a la normalidad del sujeto (Mayán, 2006).

En la esfera mental se presentan alteraciones temporoespaciales y alucinaciones e ilusiones intensas principalmente de tipo visual e involucran formas geométricas, juegos caleidoscópicos de colores intensos y halos irisados alrededor de los objetos. También es posible que se presenten alucinaciones auditivas. Es común la presencia de **sinestesias** que corresponden a un cruzamiento de las respuestas sensoriales (se escuchan los colores, se ven los sonidos). El contenido de las alucinaciones también puede ser terrorífico y crear reacciones de pánico, cuadros de ansiedad intensa o depresiones severas con ideación suicida. Algunos usuarios tienen reacciones psicóticas que se prolongan dos días o más después de la ingestión. La potencia alucinógena del LSD es 100 veces superior a la de la psilocibina y se constituye en uno de los alucinógenos más potentes y referente para el estudio de los demás alucinógenos. La dosis activa mínima es de 0,001 mg/k, lo que implica que 10.000 dosis de 100 microgramos están contenidas en un gramo de la sustancia pura.

Algunos consumidores refieren aumento de la velocidad del pensamiento y mejoría de la introspección. Las sobredosis pueden acompañarse de problemas en la coagulación y sangrados por cuanto la serotonina es un intermediario de la función de las plaquetas.

Pacientes que toman fluoxetina y litio a dosis terapéuticas pueden desarrollar convulsiones después del uso recreativo de LSD (Ellenhorn, 1997).

Efectos crónicos

Los efectos crónicos más frecuentes se producen en lo mental y son psicosis prolongadas, trastornos depresivos severos, exacerbación de enfermedades psiquiátricas preexistentes y “**flashbacks**”. Estos últimos corresponden al diagnóstico de trastorno perceptual persistente por alucinógenos y son conocidos como regresiones, retrospecciones o reexperimentaciones; durante ellas se presentan alteraciones perceptuales como formas geométricas, luces y colores intensificados después de varios días, semanas o meses de haber consumido LSD. Los “flashbacks” pueden ser desencadenados por ansiedad, estrés, fatiga, entrada en un ambiente oscuro, consumo de otras sustancias psicoactivas o en algunos sujetos pueden ser autoinducidas (Giraldo A. , 2008).

Se pueden presentar coma, convulsiones, edema pulmonar no cardiogénico, paro respiratorio, crisis hipertensivas, taquicardia, hipertermia, rabdomiólisis y coagulopatía como principales complicaciones de la sobredosis (Mayán, 2006).

Hongos

En Colombia, los hongos alucinógenos y específicamente aquellos que contienen psilocibina y psilocina son de consumo relativamente frecuente y, por eso, es importante referirse exclusivamente a ellos.

En 1957, Albert Hofman aisló y sintetizó, a partir de esta especie, los alcaloides que denominó como psilocibina y psilocina. Investigaciones posteriores han encontrado que existen en Europa, América y Asia alrededor de 70 hongos que contienen proporciones variables de estas sustancias. Desde 1975 han aparecido en Estados Unidos diversos manuales que contienen técnicas para el cultivo casero de hongos con psilocibina. En Colombia, se han encontrado figuras aborígenes de oro con formas de hongos, lo que sugiere la existencia de un culto prehistórico de los hongos sagrados en nuestro país.

En la actualidad, y con cierta frecuencia, se recurre al consumo “recreativo” de hongos coprófilos (que crecen en el estiércol de las vacas). Los principios activos de estos hongos son la psilocibina y la psilocina. En nuestro medio los hongos son consumidos usualmente con miel, leche condensada o disueltos en chocolate o aguapanela para enmascarar su sabor amargo. En Estados Unidos y Europa se consiguen preparados sintéticos de psilocibina y psilocina en polvo y líquido. La *Stropharia cubensis* es la especie que crece en el estiércol de las vacas. La psilocibina y la psilocina son similares en su estructura química a la serotonina y ejercen sus efectos a través de interacciones con este neurotransmisor.

Efectos agudos

Los efectos comienzan alrededor de una hora después de la ingestión y pueden durar hasta ocho horas. Los más comunes son miđriasis, náuseas y enfriamiento de las extremidades. Se producen alteraciones temporo-espaciales, cambios abruptos en el estado de ánimo y alucinaciones de predominio visual.

Complicaciones

Las sobredosis se manifiestan con aumento de temperatura, de frecuencia cardiaca y respiratoria, hipertensión y convulsiones; reacciones de pánico, psicosis prolongadas y depresiones severas.

Cacao sabanero

El consumo intencional de “cacao sabanero” es poco frecuente entre los consumidores de otras sustancias psicoactivas; aunque, en términos generales, no se puede clasificársele como sustancia de abuso, quienes lo utilizan experimentan con él en pocas ocasiones, es importante conocer sus efectos puesto que en muchas ocasiones pueden presentarse intoxicaciones severas y consecuencias irreversibles. Varias especies de *Daturas* han sido usadas en el viejo y nuevo mundo desde hace varios milenios con fines médicos, cere-

moniales y religiosos. En épocas más recientes el principio activo que se obtiene a partir de las *Daturas* ha sido utilizado con fines dolosos (robos, violaciones) y “recreativos”.

“Cacao sabanero” es un nombre popular que se le otorga al fruto de la planta conocida vulgarmente como borrachero, floripondio, tonga y yopo. Estas plantas pertenecen a las siguientes especies *Datura arbórea* (*Brugmansia cándida* Persoon) y *Datura sanguínea* (*B. bicolor* Persoon).

La escopolamina es el principio activo responsable de los efectos psicoactivos del consumo de esta planta y es un alcaloide cuya fórmula química es $C_{17}H_{21}NO_4$. Su mecanismo de acción es su acción anticolinérgica en los receptores muscarínicos. Los órganos más afectados son el corazón, las glándulas exocrinas, el sistema nervioso central y la musculatura lisa (Gómez U. , 2008).

Aunque la escopolamina puede ser utilizada por vía inhalatoria, dérmica, muscular y venosa, el “cacao sabanero” se consume por vía oral.

Efectos agudos

De acuerdo con la cantidad ingerida y con factores individuales y ambientales pueden presentarse los siguientes síntomas: pulso débil, lento o rápido; aumento de temperatura y presión arterial; piel seca caliente y rubicunda; dilatación pupilar, sequedad exagerada de mucosas, náuseas, vómito, retención urinaria y disminución del peristaltismo intestinal.

Es muy constante la presencia de cuadros excitatorios y en algunos pacientes se observa somnolencia. Se presenta desorientación, confusión, alucinaciones visuales y auditivas, incoordinación motora y cuadros psicóticos. Esta intoxicación se acompaña de pérdida de la memoria y el consumo de grandes dosis produce convulsiones, coma y colapso cardiovascular.

Efectos crónicos

Los efectos de la escopolamina en el sistema nervioso central pueden prolongarse por varios días o semanas y es frecuente observar que los consumidores continúen confusos, excitados, ansiosos, alucinando y con conductas bizarras y cuadros psicóticos permanentes.

Algunos pacientes presentan déficit prolongado o permanente de atención y memoria.

Tratamiento de la intoxicación por cacao sabanero (escopolamina)

Los protocolos de manejo del paciente intoxicado de la Universidad de Antioquia sugieren el siguiente manejo:

1. La mayoría de pacientes pueden tener manejo sintomático.
2. Realizar el ABCD.
3. En caso de ingestas recientes (1 hora) de semillas de cacao sabanero, está indicado el lavado gástrico exhaustivo con agua o solución salina (200 mL o 10 mL/kg en niños) y dosis única de carbón activado. Remitirse al capítulo 1.
4. Medios físicos para bajar la temperatura.
5. Monitoreo electrocardiográfico continuo.
6. Manejo de convulsiones (o para sedación) usar diazepam 5-10 mg (niños: 0.2-0.5 mg/kg) IV y repetir cada 5 minutos si es necesario. No administrar antipsicóticos (haloperidol) por el riesgo de potenciar la cardiotoxicidad y las convulsiones.
7. Es importante garantizar una buena diuresis (>2 mL/kg/hora), dado el riesgo de falla renal por mioglobinuria con líquidos previo paso de sonda vesical.
8. Administrar fisostigmina (ampollas de mg/mL) **únicamente** a los pacientes con: convulsiones, coma, agitación grave que no cede a benzodiazepinas o taquicardia supraventricular de complejos estrechos. La dosis es 1 a 2 mg en el adulto y de 0.02 mg/kg en el niño en infusión IV durante 5 minutos, bajo monitoreo electrocardiográfico continuo. El efecto dura aproximadamente una hora. Excepcionalmente se requiere repetir la dosis. Se debe tener a mano atropina por si hay necesidad de revertir los síntomas de la excesiva estimulación colinérgica tales como convulsiones, bradicardia y asistolia.

9. Las arritmias ventriculares pueden tratarse con lidocaína 1.5 mg/kg IV en bolo, seguido de infusión de 2 mg/min.
10. Considerar TAC de cráneo en pacientes con signos de focalización o deterioro neurológico a pesar de tratamiento. (López, 2012)

Mescalina

Esta sustancia es el principio activo de diferentes cactus americanos y los más comunes son el peyote y el San Pedro. Generalmente, se consumen bebidas o partes de estos cactus y es posible obtener preparados sintéticos; el 2-CB por ejemplo, también es conocido como bromo-mescalina. Esta sustancia se excreta en la orina, en un gran porcentaje, sin metabolizarse. En Estados Unidos el uso de la mescalina se considera legal entre quienes pertenecen a la Native American Church. Su efecto es parecido al de los otros alucinógenos y se considera que su potencia es 4.000 veces menos que la del LSD. Sus principales acciones cerebrales las realiza en interacción con la noradrenalina (Lizasoain I. M., 2009).

Yagé

La gran riqueza en plantas alucinógenas en las regiones tropicales y subtropicales del nuevo mundo empezó a ser investigada en el siglo XIX, cuando los naturalistas-exploradores comenzaron a realizar reportes etnográficos de las actividades de los pueblos aborígenes de estas zonas.

Parece ser que el consumo de yagé ha sido común durante varios milenios en las comunidades indígenas del extremo noroeste de América del sur (Colombia, Ecuador, Perú y Brasil). Esta sustancia ha sido usada por chamanes (médicos indígenas conocidos como payés, abuelos o taitas) y sus comunidades como una medicina que sirve para diagnosticar enfermedades, proteger al pueblo de desastres, comunicarse con los antepasados, las plantas, los animales y los espíritus; defenderse de los enemigos, adivinar el futuro y para “liberar el alma de su confinamiento temporal”.

El uso del yagé en las comunidades indígenas se basa en un profundo conocimiento de las plantas, que son utilizadas con respeto y cuyos poderes son aplicados en rituales, ceremonias mágico-religiosas y en el control de casi todos los aspectos de la vida de estos pueblos. El yagé es la comunión del ritual de cultos como el Santo Daime y la Uniao do vegetal de Brasil (Climent, 2010). *Banisteriopsis caapii* es el nombre científico del bejuco a partir del cual se obtiene el yagé. En algunas tribus se obtiene de una variedad llamada *Banisteriopsis inebrians*. Algunos de los nombres populares dados a esta sustancia son yajé, yagé, yagué, ayahuasca, enredadera de los muertos, enredadera de las almas, bejuco del alma, sogá del ahorcado, la escalera a la vía láctea.

Usualmente el yagé se consume en forma de bebida por pulverización y calentamiento de la corteza del árbol o mezclada y amasada con agua fría. Generalmente, se adicionan otras plantas para intensificar los efectos y su duración. Las más comunes son *Psychotria viridis*, *Banisteriopsis rubsyana* y *Diplopterys cabrerana*. Esta sustancia se consume en forma de bebida de color oscuro, sabor amargo y nauseabundo y olor característico. La harmina, harmalina y el harmol son los principios activos contenidos en el yagé. Las plantas que se adicionan contienen dimetiltriptaminas. La harmina y la harmalina están clasificadas dentro de las sustancias alucinógenas como betacarbolinos. Ambas son consideradas como inhibidores naturales de la enzima monoamino oxidasa, IMAO (sustancias usadas en farmacología como antidepresivos por sus acciones sobre la adrenalina, noradrenalina y serotonina). La mezcla de dimetiltriptaminas, sustancias inactivas cuando son ingeridas por vía oral, con yagé, activa las primeras e intensifica la duración y efectos alucinógenos del segundo. Las dimetiltriptaminas interactúan con el neurotransmisor serotonina.

Efectos agudos

Después de la ingestión se presentan rápidamente como efectos iniciales dolor abdominal, náusea, vómito y diarrea. Posteriormente, se inician las ilusiones que son predominantemente de tipo visual y

auditivo: visiones de animales, paisajes y cosas de diferentes colores, sensación de que los objetos son más grandes o más pequeños, se escucha la “voz” de las plantas, los animales y los espíritus, sensación de transformarse en animales o de “salirse del cuerpo”. Las alucinaciones se experimentan como terroríficas o agradables. La calidad y duración de los efectos dependen de factores previos de la personalidad, de la preparación previa a la toma y de la cantidad y el tipo de sustancia ingerida; usualmente, los efectos alucinógenos duran entre dos y cuatro horas. No se presentan alteraciones en la coordinación muscular.

Complicaciones

El uso de estas sustancias fuera de contextos rituales, como “droga recreativa” o por curiosidad, crea el riesgo de que se presenten reacciones psicológicas desagradables y, en ocasiones, peligrosas como sensaciones de despersonalización y desrealización, ataques de pánico, depresiones severas o cuadros sicóticos. No se conocen efectos crónicos del consumo de esta sustancia.

Tratamiento de la intoxicación por alucinógenos

El tratamiento de la intoxicación por alucinógenos es sintomática y, además de la estabilización y la descontaminación gastrointestinal, es posible que se requieran benzodiazepinas y neurolepticos para tratar la ansiedad, la excitación o los cuadros psicóticos (Climent B. y., 2010).

Los alucinógenos no producen dependencia, pero su consumo puede originar alteraciones conductuales que afecten el desempeño cotidiano del individuo.

Para recordar:

- LSD: “ácido”, “papelito”. El alucinógeno más potente. Ojo con el 25C-NBOMe!!!
- Hongos: estiércol vacuno.
- “Cacao sabanero”: escopolamina.
- Mescalina: sale del peyote.
- Yagé: medicina tradicional de los indígenas.
- Todos pueden producir psicosis exotóxica.
- Manejo sintomático de la intoxicación.
- Específico para escopolamina.
- Los alucinógenos no producen dependencia.

Capítulo 4
MARCO LEGAL DE LA ATENCIÓN
EN ADICCIONES

La atención de personas con trastornos por uso de sustancias está enmarcada en una normatividad política que pretende garantizar el derecho a la salud de estos pacientes.

A continuación se describen las leyes, decretos y documentos más representativos en esta área:

- Ley 9 de 1979: **Código Sanitario Nacional**.
- Ley 30 de 1986: Estatuto Nacional de Estupefacientes.
- Constitución Política de Colombia, 1991.
- Ley 100 de 1993: organiza el Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS).
- Ley 715 de 2001: reforma la Ley 60 de 1993 y establece la distribución de competencias y recursos del sector salud.
- Ley 1122 de 2007: hace modificaciones al Sistema general de seguridad social en salud.
- Ley 1438 de 2011: reforma el Sistema general de seguridad social.
- Ley Estatutaria de 2014. Regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1566 de 2012: dicta normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas.
- Resolución 5521 de 2013: define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS).
- Resolución 2003 de 201: define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud.

A continuación, se examina la normatividad más reciente por cuanto el objetivo de esta sección no contempla la posibilidad de extenderse en la discusión de todas.

Ley 1566 de 2012

Una de las leyes que más interesa a los profesionales de la salud que atienden adictos es la Ley 1566 de 2012: *«Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias” psicoactivas»*.

En el artículo 1º de esta ley se reconocen los problemas asociados con el uso y abuso de drogas como problema de salud pública y, por tanto, como enfermedades que requieren atención integral por parte del Estado. Se establece dicha atención como un derecho para todos los pacientes que padezcan estos problemas.

En el parágrafo 2 del artículo 2 de esta ley se da prioridad a la atención de menores de edad y grupos vulnerables y se plantea que para el año 2016 se garantice la atención a toda la población que padezca adicciones. Dicha atención se prestará en servicios de salud habilitados de diferentes grados de complejidad. El artículo 3 menciona que:

Estos servicios se podrán prestar a través de cualquiera de las modalidades de atención establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, entre los cuales se encuentran: los servicios amigables para adolescentes y jóvenes, de carácter público o privado, unidades de salud mental de baja, mediana y alta complejidad, los centros de atención comunitaria, los equipos básicos de atención primaria en salud (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

El artículo 4 establece la necesidad de que el usuario reciba la información oportuna y pertinente para su tratamiento en estas instituciones, mediante la elaboración de consentimientos informados que incluyan los riesgos y beneficios de ingresar a estos tratamientos.

Esta ley también cita las sanciones que se impondrán a las instituciones que no cumplan la normatividad establecida, que estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

Otros artículos se refieren a las acciones que se implementarán en el marco de la Política pública nacional de prevención y atención a la adicción de sustancias psicoactivas, a la obligatoriedad de implementar estos programas en el ámbito laboral por parte de las Administradoras de Riesgos Profesionales y en el artículo 8. Además, se crea el Premio nacional ***“Entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a las sustancias psicoactivas”***, que será entregado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Resolución 5521 de 2013

Esta ley actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS), amplía los logros en coberturas de atención en salud mental de los anteriores acuerdos de la CRES (Comisión Reguladora en Salud) e implica el reto del acceso efectivo a los servicios de salud.

Se describen a continuación los apartados referidos a la atención de pacientes con trastornos mentales, lo que incluye obviamente los pacientes con trastornos por uso de sustancias.

Psicoterapia ambulatoria para la población general

- Psicoterapia individual o grupal, independientemente del tipo, etiología o fase.
- Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista durante el año calendario.
- Hasta treinta (30) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista durante el año calendario.

Psicoterapia ambulatoria para mujeres víctimas de violencia

- Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual en total por psicólogo y médico especialista durante el año calendario.
- Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja en total por psicólogo y médico especialista durante el año calendario.
- ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA
- En la fase aguda hasta 180 días, continuos o discontinuos, por año calendario.
- Si la enfermedad pone en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura será durante el periodo que considere necesario el profesional tratante.
- Preferencia en el programa de internación parcial u hospital día.

Etapa prenatal a menores de 6 años

ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

- Fase aguda, hospitalización hasta 90 días, continuos o discontinuos. Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual en total.
- Hasta treinta (30) terapias grupales y familiares en total.

Psicoterapia ambulatoria en casos de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, uso de sustancias psicoactivas y con discapacidad.

- Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual en total.
- Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja en total.

ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL

- Fase aguda, hospitalización hasta 180 días, continuos o discontinuos, por año calendario.

De 6 años a menores de 14 años

ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

- Fase aguda, hospitalización hasta 90 días, continuos o discontinuos.
- Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual.
- Hasta treinta (30) terapias grupales y familiares en total.

De 14 años a menores de 18 años

- Fase aguda, hospitalización hasta 90 días, continuos o discontinuos.
- Hasta treinta (30) sesiones de psicoterapia individual.
- Hasta treinta (30) terapias grupales y familiares en total.

Psicoterapia ambulatoria en casos de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios como anorexia o bulimia, uso de sustancias psicoactivas y con discapacidad.

- Hasta sesenta (60) sesiones de psicoterapia individual en total.
- Hasta sesenta (60) terapias grupales, familiares y de pareja en total.

ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL

Fase aguda, hospitalización hasta 180 días, continuos o discontinuos, por año calendario.

En esta resolución también se regula el transporte o traslado de pacientes y se adicionan medicamentos al POS para aten-

ción en salud mental (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Resolución 2003 de 2014

Esta resolución actualiza las condiciones de habilitación para los prestadores de salud e incluye los requerimientos para la atención ambulatoria y la atención institucional no hospitalaria del consumidor de sustancias psicoactivas (esto se correspondería con la atención en comunidades terapéuticas) y define, al igual que para otros servicios asistenciales, los estándares y criterios relacionados con el talento humano, la infraestructura, la dotación, los medicamentos, dispositivos médicos e insumos, los procesos prioritarios, la historia clínica y los registros y la interdependencia de servicios necesarios como requisitos mínimos para brindar estas atenciones. (Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social., 2014). Esta resolución deroga la 1441 del 2013.

* Para la construcción de este capítulo se utilizaron las diapositivas de las presentaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del Simposio de Gestión de la salud mental y drogas emergentes, realizado en el municipio de Envigado en el mes de octubre de 2014.

Evento 414

En Colombia el Sistema de vigilancia en salud pública –Sivigila– considera que el consumo de sustancias psicoactivas está incluido en los eventos de interés en salud pública, los cuales se definen como: «Aquellos eventos considerados como importantes o trascendentes para la salud colectiva por parte del Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta criterios de frecuencia, gravedad, comportamiento epidemiológico, posibilidades de prevención, costo-efectividad de las intervenciones, e interés público, que, además, requieren ser enfrentados con medidas de salud pública» (Colombia., 2006). Y que,

según el decreto 3518 de 2006, dichos eventos son de reporte obligatorio por todos los integrantes del sistema.

Las intoxicaciones por sustancias psicoactivas están incluidas en los eventos asociados con factores de riesgo ambiental, su código es el 414 y deben declararse mediante la ficha de notificación de datos básicos y complementarios.

Es preciso manifestar que en el caso de la intoxicación por metanol debe utilizarse el código 380 y en el caso de los solventes se debe usar el código 400.

Para recordar:

- Ley 1566 de 2012. Dicta normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas.
- Resolución 5521 de 2013. Define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS).
- Resolución 2003 de 2014. Define los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.
- EVENTO 414: Reporte obligatorio al Sivigila de intoxicaciones por sustancias psicoactivas.

Referencias

- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (2004). Actualización de la Guía práctica de atención en farmacodependencia. Bogotá: *Ministerio de la Protección Social*. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (28 de mayo de 2014).
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado el 30 de noviembre de 2014, de <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/.../Resolución%202003%20de%202014.pdf>.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (31 de julio de 2012). Recuperado el 30 de noviembre de 2014, de Ley 1566 de 2012: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley156631072012.pdf>.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (8 de julio de 1999). *Colombia. Ministerio de Salud*. Recuperado el 14 de noviembre de 30, de <http://www.minsalud.gov.co/.../Resolución%201995%20DE%201999.pdf>.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (27 de diciembre de 2013). *Ministerio de Salud*. Recuperado el 30 de noviembre de 2014, de www.minsalud.gov.co/sites/.../Resolución%205521%20de%202013.pdf.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (31 de agosto de 2012). Resolución 2593 de 2012. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud.
- Colombia., M. d. (2006). *Decreto 3518 de 2006*.

Glosario

Absceso: Cavidad que contiene pus y está rodeada de tejido inflamado.

Acidificación: Acción de aumentar la acidez.

Ácido lisérgico: Componente del hongo *Clavicepspúrpurea*, conocido popularmente como cornezuelo de centeno y a partir del cual se obtiene LSD.

Acidosis metabólica: Es una alteración del equilibrio ácido-básico del cuerpo que ocasiona acidez excesiva en la sangre.

Adenopatía: Aumento de tamaño de una glándula, especialmente los ganglios linfáticos.

Afrodisíaco: Que excita o estimula el apetito sexual.

AINE: Antiinflamatorio no esteroideo. Medicamento usado como analgésico y reductor de la inflamación. Ejemplos: Ibuprofén y Diclofenaco.

Alcalinización: Dar carácter alcalino a algo.

Alcaloide: Sustancia orgánica nitrogenada de carácter básico proveniente de los vegetales. La mayoría de principios activos de las drogas son alcaloides, excepto los de la cannabis y la *Salvia divinorum*.

Alquitrán: Sustancia densa y pegajosa, de color oscuro y olor fuerte, que se produce por la combustión del cigarrillo.

ALT: AlaninoAminotransferasa. Enzima que se encuentra principalmente en el hígado.

Alucinación: Percepción sin objeto.

Alvéolo: Lugares terminales del árbol bronquial en los que se realiza el intercambio gaseoso entre la sangre y el aire inspirado.

Amapola: Planta de la que se obtiene el opio.

Analgésico: Sustancia que suspende o disminuye el dolor.

Anamnesis: Recogida de información de los datos clínicos relevantes y del historial de un paciente.

Anestésico: Medicamento utilizado para disminuir o quitar un dolor. Ejemplos: xilocaína, pentotal, ketamina.

Anestésico disociativo: medicamento usado en anestesia que produce la sensación de separación del cuerpo y la mente. Ejemplo: ketamina.

Anfetaminas: Sustancias sintéticas con alto poder de estimulación del Sistema Nervioso Central.

Angina: Dolor de carácter opresivo que afecta el pecho.

Anhedonia: Incapacidad para experimentar placer, pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades.

Anorexia: Trastorno que consiste en la pérdida del apetito por la comida.

Anorexígeno: Sustancia que disminuye o quita el apetito.

Ansiolítico: Medicamento empleado para combatir la ansiedad.

Anticolinérgicos: Medicamentos que se oponen a las acciones del neurotransmisor acetilcolina.

Anticonvulsivo: Fármaco u otra sustancia destinada a combatir, prevenir o interrumpir las convulsiones o los ataques epilépticos.

Antidepresivos: Medicamentos usados para paliar la depresión.

Antídoto: Medicina o sustancia que contrarresta los efectos nocivos de otra.

Antiemético: Que impide el vómito.

Antiespasmódico: Que cura o calma los espasmos.

Antihistamínico: Fármaco que bloquea la acción de la histamina, mediador químico que se libera en las alergias.

Antipsicóticos: Medicamentos usados para tratar los trastornos mentales conocidos como psicosis, por ejemplo, la esquizofrenia.

Antiséptico: Sustancia que se aplica sobre un tejido vivo para disminuir la posibilidad de infección.

Antitusivo: Fármaco que sirve para disminuir la tos.

Anuria: Suspensión total de la secreción urinaria.

APA: Asociación Psiquiátrica Americana.

Apatía: Estado de desinterés y falta de motivación o entusiasmo.

Arañas vasculares: Dilataciones de capilares pequeños y de los vasos superficiales.

Arritmia: Irregularidad y desigualdad en las contracciones del corazón.

Ascitis: Acumulación anormal de líquido en la cavidad abdominal.

AST: AspartatoAminotransferasa.

Asterixis: Trastorno motor del tono muscular de las manos que se caracteriza por breves sacudidas musculares. Se presenta en los alcohólicos cuando hay afección severa del hígado.

Ataxia: Alteración en la coordinación del movimiento.

Atención primaria: Servicios que atienden las necesidades básicas de salud.

Atrofia: Disminución del tamaño de un tejido.

Atropina: Sustancia extraída de la planta Belladona (*Atropa belladonna*).

Audit: Cuestionario de los trastornos por consumo de alcohol.

Audit-C: Versión abreviada del anterior.

Auscultación: Técnica que consiste en escuchar los sonidos que se producen dentro del organismo.

Barbitúrico: Sustancia depresora del Sistema Nervioso Central, utilizada con diferentes fines terapéuticos como anticonvulsivante, sedante y anestésico, los más conocidos son el fenobarbital y el pentotal.

Barrera hematoencefálica: Estructura que separa el encéfalo de los vasos sanguíneos.

Basuco: pasta base de cocaína. Es una droga de bajo costo similar al crack elaborada con residuos de cocaína y procesada con ácido sulfúrico y queroseno.

BDZ: Benzodiazepinas.

Bebidas energizantes: Bebidas sin alcohol y con efectos estimulantes.

Benzodiazepina: Medicamento que actúa como depresor del Sistema Nervioso Central, se usa como anticonvulsivante, inductor del sueño e hipnótico. Los más comunes son el Rivotril®, el Rohypnol®, el Ativán® y el Valium®.

Biodisponibilidad: Término farmacocinético que alude a la fracción y velocidad a la que la dosis administrada de un fármaco alcanza su diana terapéutica, lo que implica llegar hasta el tejido sobre el que realiza su actividad.

Bradycardia: Disminución de la frecuencia cardiaca.

Bradipsiquia: Lentitud en el pensamiento.

Bronco aspiración: Aspiración del contenido gástrico hacia los pulmones.

Broncoespasmo: Estrechamiento de la luz bronquial como consecuencia de la contracción de la musculatura de los bronquios, lo que causa dificultades cuando se respira.

Brugmansia: Género de plantas solanáceas que incluye el borrachero o cacao sabanero.

Bulimia: Trastorno que conlleva un impulso intenso de comer grandes cantidades de comida sin que se tenga apetito ni hambre.

Cacao sabanero: Nombre popular de una especie de *Brugmansia*, también conocida como floripondio y borrachero.

Cafeína: Principio activo del café.

CAGE: Test breve para diagnóstico de alcoholismo, basado en cuatro preguntas.

Cannabis: Polvo obtenido de flores, hojas y tallos desecados del cáñamo índico, del que se derivan varias drogas como el hachís y la marihuana.

Cáñamo: Nombre que reciben las diferentes variedades de la *Cannabis sativa*.

Carbón activado: Una familia de adsorbentes carbonáceos altamente cristalinos y una porosidad interna desarrollada que se utiliza en el manejo de las intoxicaciones.

Carcinógenos: Sustancias relacionadas con la producción de cáncer.

Cardiomegalia: Agrandamiento anormal del corazón o hipertrofia cardíaca.

Catárticos: Sustancias que aceleran la evacuación intestinal.

Cefalea: Dolor de cabeza.

Celulitis: Infección de la piel causada por bacterias.

Centros cerebrales de recompensa: Lugares específicos del cerebro, considerados como el lugar común y final de acción de todas las drogas. El área tegmental ventral y el núcleo *accumbens* son las áreas cerebrales con mayor implicación en la experiencia del placer obtenida con el consumo de drogas y la posterior repetición de esta experiencia y la dopamina es el neurotransmisor responsable de las acciones ocurridas.

Cicad: Comisión Internacional para el Control del Abuso de Drogas.

CIE-10: Clasificación Internacional de las Enfermedades versión 10.

Cloroformo: Anestésico que hace algún tiempo fue utilizado como droga.

Coagulación intravascular diseminada: Trastorno de la coagulación sanguínea que se manifiesta por hemorragias y formación de trombos en diferentes órganos del cuerpo.

Cocaína: Alcaloide que se obtiene a partir de las hojas de coca.

Codeína: Alcaloide que se encuentra de forma natural en el opio.

Cognitivo: Que pertenece o que está relacionado con el conocimiento.

Coma: Estado severo de pérdida de conciencia.

Comorbilidad: Presencia concurrente de dos o más enfermedades diagnosticadas desde el punto de vista médico en el mismo individuo.

Comunidad terapéutica: Centros de tratamiento para adictos con enfoque educativo y psicosocial.

Confusión: Disminución del estado de conciencia caracterizado por alteraciones de la orientación y la memoria.

Consentimiento informado: Conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Constipación: Estreñimiento.

Contra transferencia: En Psicoanálisis, conjunto de sentimientos, emociones y tendencias que el analista muestra frente a su paciente.

Contractura de Dupuytren: Es un engrosamiento y contractura indoloros de tejidos bajo la piel de la palma y dedos de la mano.

Convulsión: Contracción intensa e involuntaria de los músculos del cuerpo, de origen patológico.

Crack: Derivado de la cocaína, resultante de la mezcla de clorhidrato de cocaína más bicarbonato de sodio, entre otras muchas sustancias. Se fuma y es altamente adictivo.

Craving: Deseo intenso e incontrolable de consumo de drogas.

CRES: Comisión de Regulación en Salud.

Cristaloides isotónicos: Soluciones que contienen agua, electrolitos o azúcares en diferentes proporciones.

Depresión respiratoria: Disminución de la fuerza y la frecuencia respiratoria que afecta el intercambio de sangre y oxígeno. Es producida por las drogas depresoras del SNC, especialmente por los opiáceos y puede producir la muerte.

Descontaminación gastrointestinal: Procedimiento para evacuar el estómago y el intestino en el caso de intoxicaciones por vía oral. Puede hacerse mediante la inducción del vómito o con lavado gástrico mediante el uso de sondas.

Despersonalización: Alteración de la percepción de uno mismo.

Desrealización: Alteración de la percepción del mundo externo.

Destilación: Proceso que consiste en separar, mediante vaporización y condensación en los diferentes componentes líquidos, sólidos disueltos en líquidos o gases.

Día D: Fecha límite en la que se dejará de fumar.

Diaforesis: Sudoración excesiva.

Diagnóstico dual: Coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico.

Diana: Órgano o célula hacia la que se dirige la acción de un reactivo, un medicamento o una enzima.

Dick: Diclorometano o cloruro de Metilo. Es un compuesto químico muy utilizado como solvente por su química orgánica y como droga de abuso.

Diplopía: Visión doble.

Disartria: Dificultad para la articulación del lenguaje.

Disforia: Estado de ánimo displacentero.

Disolventes volátiles: Son líquidos de fácil evaporación, hechos con base en hidrocarburos y con usos industriales. Son utilizados como drogas de abuso. Llamados también inhalantes e inhalables. Ejemplo: pegantes.

Distonía: Contracciones involuntarias de una o más partes del cuerpo.

Drogas de síntesis o de diseño: Sustancias sintetizadas en laboratorios clandestinos y utilizadas como drogas de abuso.

DSM-V: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Versión 5.

Duodeno: Primera porción del intestino delgado.

Edema pulmonar: Acumulación anormal de líquido en los pulmones.

EEG: Electroencefalograma.

Efecto del primer paso: Fenómeno que sufren algunas sustancias en su proceso de absorción y se refiere a la proporción de la dosis ingerida que puede ser eliminada por el hígado, el intestino u otros sitios de biotransformación, antes de su llegada a la circulación general.

Electrolitos: Cualquier sustancia que contiene iones libres.

Emesis: Vómito (expulsión violenta por la boca de lo que está contenido en el estómago).

Encefalopatía de Wernicke: La encefalopatía de Wernicke o enfermedad de Wernicke se refiere a las lesiones y síntomas de origen bioquímico causadas principalmente en el sistema nervioso central luego del agotamiento de la vitamina B1 o también por las dificultades de su acceso al interior de las mitocondrias.

Endemia: Enfermedad que se presenta habitualmente o por épocas fijas en una región.

Endocarditis: Inflamación aguda o crónica de la membrana interna que tapiza el corazón.

Endoscopia: Técnica de exploración visual de una cavidad o conducto del organismo.

Enfermedad ácido-péptica: Es un conjunto de padecimientos del aparato digestivo, producido por la sobreproducción de ácido y de la enzima pepsina, que causa inflamación y que puede afectar el esófago, el estómago y el duodeno.

Entrevista motivacional: Aproximación destinada a ayudar a pacientes para que adquieran un compromiso y alcancen el deseo de cambiar.

Epidemiología: Especialidad de la medicina que trata sobre el control de las enfermedades y su repercusión en la sociedad. Estudia las enfermedades en su frecuencia, distribución, determinantes, factores de riesgo y prevalencia.

Epistaxis: Hemorragia nasal.

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Escala CIWA-AR: (Clinical Institute Withdrawal Assesment Scale for Alcohol).Escala utilizada para medir intensidad del síndrome de abstinencia alcohólica.

Escopolamina: Alcaloide contenido en el “cacao sabanero”, responsable de la mayoría de los efectos psicoactivos producidos por su consumo.

Esnifar: Aspirar por la nariz.

Espástico: Se refiere al aumento del tono muscular.

Esplenomegalia: Agrandamiento patológico del bazo.

Estabilización hemodinámica: Normalización de la presión arterial y la frecuencia respiratoria mediante la aplicación de líquidos intravenosos, medicamentos, etc., en pacientes que presentan alteraciones.

Estupor: Disminución de la actividad de las funciones intelectuales, acompañada de cierta apariencia o aspecto de asombro o de indiferencia.

ETA: Estimulante Tipo Anfetamina.

Etario: Dicho de varias personas: Que tienen la misma edad. Perteneciente o relacionado con la edad de una persona.

Éter: Líquido volátil antiguamente utilizado como anestésico.

Etiológicamente: Que tiene relación con la causa de la enfermedad.

Exotóxico: Relacionado con cuadros clínicos producidos por tóxicos provenientes del exterior.

Expectoración: Acción de expulsar por la boca, secreciones provenientes del aparato respiratorio.

Éxtasis: Nombre popular dado a la MDMA, metilendioxitetanfetamina.

Extra hepático: Por fuera del hígado.

Falla hepática: Incapacidad del hígado para llevar a cabo su función sintética y metabólica, como parte de la fisiología normal.

Falla renal: Es el estado en el que los riñones dejan de funcionar correctamente. También conocida como insuficiencia renal.

Falso negativo: Es un error por el que, al realizar una exploración física o una prueba complementaria, su resultado es normal o no detecta la alteración cuando en realidad hay una enfermedad en el paciente.

Falso positivo: Hallazgos o pruebas que se consideran verdaderas pero que luego se demuestran falsas.

Farfullante: Se aplica al lenguaje cuando es poco claro y apresurado.

Fasciculación: Contracción muscular arrítmica observable a través de la piel o las mucosas.

FC: Frecuencia cardíaca.

FDA: Administración de drogas y alimentos de los Estados Unidos.

Fenciclidina: Nombre científico de la droga popularmente conocida como “polvo de ángel”.

Fentanilo: Analgésico más potente que la morfina.

Flashback: Episodios de repetición de trastornos de la percepción producidos en el pasado por drogas y que se presentan de nuevo de manera espontánea.

FR: Frecuencia respiratoria.

Fumador pasivo: Persona que no fuma pero que está sometida a los efectos nocivos del tabaco por aspirar el humo de las personas que fuman en su entorno.

Gastritis: Irritación e inflamación de la mucosa que reviste el estómago.

GGT: Gamma glutamiltransferasa.

Ginecomastia: Aumento anormal de una o ambas mamas en el hombre.

Gota: Enfermedad producida por la acumulación de sales de ácido úrico en articulaciones, riñones y tejidos blandos.

Guaraná: Arbusto originario del Amazonas, cuyo nombre científico es *Paullinia cupana* y a partir del cual se obtiene un alcaloide estimulante llamado guaraná.

Hachís: Derivado cannábico obtenido a partir de las flores de la planta. Se usa como droga de abuso y se puede ingerir o fumar.

Hematología: Especialidad de la medicina que estudia la sangre, los órganos hematopoyéticos (médula ósea, bazo, ganglios linfáticos, etc.) y las enfermedades hematológicas.

Hematológico: Perteneiente o relacionado con la sangre.

Hematoma: Acumulación de sangre en un tejido por la rotura de un vaso sanguíneo que causa una hemorragia interna.

Hemodiálisis: Proceso de diálisis consistente en separar de un medio líquido las partículas de distinto tamaño con una membrana semipermeable con poros. La hemodiálisis o diálisis renal consiste en aplicar el principio general de la diálisis para filtrar la sangre mediante una membrana situada en un riñón artificial.

Hemoglobina: Pigmento rojo contenido en los hematíes de la sangre de los vertebrados, cuya función consiste en captar el oxígeno de los alveolos pulmonares y comunicarlo a los tejidos y tomar el dióxido de carbono de éstos y transportarlo de nuevo a los pulmones para expulsarlo.

Hemoleucograma: Examen de laboratorio que cuantifica el número de glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas, etc.

Hemoperfusión: Eliminación de toxinas o metabolitos de la circulación de la sangre por medio de la diálisis a través de un circuito extra corpóreo adecuado y el uso de sustancias adsorbentes.

Hemorroides: Várices situadas en el esfínter anal.

Hepático: Perteneiente al hígado.

Hepatitis: Inflamación del hígado, habitualmente caracterizada por ictericia, pérdida de apetito, molestias abdominales, heces blanquecinas y orina oscura.

Hepatomegalia: Tamaño anormalmente grande del hígado.

Heroína: Sustancia semisintética obtenida de la morfina. Su nombre científico es la diacetilmorfina.

Hidrólisis: Desdoblamiento de una molécula por acción del agua.

Hidrosolubilidad: Capacidad de disolverse en agua.

Hiperestesia: Sensibilidad excesiva y dolorosa.

Hiperreflexia: Aumento de la respuesta de los reflejos osteotendinosos.

Hipersomnia: Aumento del sueño.

Hipertermia maligna: Síndrome caracterizado por contracciones musculares y aumento exagerado de la temperatura corporal que puede ser producido por el consumo de ciertas drogas.

Hipervigilancia: Estado exagerado de alerta que hace percibir el entorno como amenazante.

Hipnosedantes: Medicamentos que se utilizan para producir calma y sueño.

Hipnótico: Nombre dado a los medicamentos utilizados para inducir el sueño. Ejemplos: Benzodiazepinas como el Valium®, el Rivotril®, el Ativán®, etc.

Hipoestesia: Disminución patológica de la sensibilidad.

Hipokalemia: Trastorno en el equilibrio hidroelectrolítico del cuerpo que se caracteriza por un descenso en los niveles del ion potasio en el plasma.

Hipotensión: Disminución de la presión arterial.

Hipotermia: Disminución de la temperatura corporal.

Ictericia: Disminución patológica de la sensibilidad.

Ictus: Enfermedad cerebrovascular que afecta los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro.

Ideación autolítica: Presencia persistente en el sujeto de pensamientos o ideas encaminadas a cometer suicidio.

Ilusiógenos: Se aplica a las drogas que producen ilusiones, es decir, percepciones alteradas de imágenes reales.

IM: intramuscular.

Inductor anestésico: medicamentos que se usan al comienzo de la anestesia.

Infarto: Obstrucción de los tejidos que forman un órgano, o una parte de él, por la interrupción del riego sanguíneo de la arteria o las arterias correspondientes.

Inhalantes: sustancias volátiles que producen vapores químicos que se pueden inhalar para provocar efectos psicoactivos o de alteración mental. (También los llaman inhalables).

Inmunización: Utilización de métodos para que las personas no sean atacadas por ciertas enfermedades.

Interdicto: persona a quien se le declara incapaz de determinados actos de la vida civil y que es, por ello, privada de la administración de su persona y bienes.

Intervención breve: técnica de intervención de pacientes adictos desde atención primaria.

Intoxicación aguda: Se considera que la intoxicación es aguda cuando los síntomas clínicos aparecen tras la exposición reciente a una dosis potencialmente tóxica de la sustancia química.

Introspección: Proceso psicológico de observarse internamente a uno mismo, de observar los propios estados mentales.

Intubación: Colocación de sonda en la tráquea para suministrar oxigenación, medicamentos o anestesia.

Inyección conjuntival: Coloración roja intensa en la conjuntiva.

Hipertrofia parotídea: Aumento de volumen de las glándulas parótidas.

Ionograma: Medida de iones del organismo: sodio, potasio y cloro.

Irrigación intestinal: Instilación de una sustancia en el tracto gastrointestinal inferior.

ISCA: Interrogatorio Sistematizado de Consumo de Alcohol.

Isquemia: Disminución del riego sanguíneo.

ISRS: Sigla que significa Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, medicamentos de los que el más conocido es la fluoxetina.

IV: Intravenoso.

Jaqueca: Dolor fuerte de cabeza que afecta, generalmente, a un lado o una parte de ella y, a menudo, acompañado de náuseas y vómitos.

Jeringa hipodérmica: Instrumento diseñado para inyectar líquidos bajo la piel, en el tejido celular subcutáneo mediante una aguja fina hueca.

Juego patológico o ludopatía: Trastorno del control de los impulsos cuya característica esencial es un comportamiento de juego, desadaptativo y persistente, que altera la continuidad de la vida personal, familiar o profesional.

Labilidad emocional: Conjunto de alteraciones en la manifestación de la afectividad.

Laringotraqueitis: Inflamación de laringe y tráquea.

Liposolubilidad: Solubilidad en grasas.

Líquido cefalorraquídeo: Líquido de color trasparente que baña el encéfalo y la médula espinal.

LSD: Sigla que corresponde, en alemán, a la dietilamida del ácido lisérgico, droga de abuso conocida popularmente como ácido o papelito.

Macropsia: Percepción visual de que los objetos tienen mayor tamaño del real.

Marihuana: También llamada hierba, consiste en las hojas secas y florescencias de la planta *Cannabis sativa*.

Mate: Yerba que se encuentra en América del sur, cuyo nombre científico es *Ilexparaguariensis* y su principal alcaloide es la cafeína.

Medicamentos de control: Son aquellos que por su potencial de causar abuso y dependencia son restringidos en su comercialización y su venta es exclusivamente con fórmula médica.

Medicamentos Z: Medicamentos hipnóticos no benzodiazepínicos. Zolpidem, zopiclona y zaleplón.

Menarquia: Aparición de la primera menstruación.

Mescalina: Alcaloide con propiedades alucinógenas que se encuentra en variedades de cactus como el San Pedro y el peyote.

Metabólico: Procesos orgánicos de biotransformación.

Metabolitos: Productos de la transformación orgánica.

Metacualona: Medicamento depresor del sistema nervioso central, que fue utilizado como droga de abuso y conocido como Mandrax.

Metanfetamina: Es un agente agonista adrenérgico sintético, estructuralmente relacionado con el alcaloide efedrina y con la hormona adrenalina.

Metanol: También conocido como alcohol metílico o alcohol industrial. No apto para consumo humano y causante de intoxicaciones, cuyas consecuencias más severas son la ceguera y la muerte.

Metilfenidato: Nombre científico de la anfetamina conocida comercialmente como Ritalina. Es un medicamento utilizado para la hiperactividad.

Mialgias: Dolores musculares.

Micropsia: Percepción visual de que los objetos tienen menor tamaño del real.

Midriasis: Dilatación pupilar.

Miocardopatía: Enfermedad del músculo cardiaco en el que se pierde la capacidad de bombear sangre adecuadamente.

Miocarditis: Inflamación del músculo cardiaco.

Miosis: Contracción de las pupilas.

Morbimortalidad: enfermedades causantes de la muerte en determinadas poblaciones, espacios y tiempos.

Morfina: Sustancia que se extrae del opio y se emplea como analgésico en medicina y también como droga.

Motricidad: Acción del sistema nervioso central que determina la contracción muscular.

Movimientos anormales: Manifestación clínica de una alteración en la función de transmisión neuronal que ocurre en diferentes partes del cerebro. Estos movimientos se ejecutan de forma involuntaria.

Músculo liso: Es un tipo de músculo no sometido a nuestra voluntad, razón por la cual también recibe el nombre de involuntario. Se encuentran músculos lisos gastrointestinales, de la vejiga y de los vasos sanguíneos.

Necrosis: Muerte del tejido.

Neoplásico: Relacionado con el cáncer.

Nervios periféricos: Se encuentran por fuera del SNC.

Neumonía: Enfermedad pulmonar producida por un agente infeccioso.

Neuropatía: Daño en los nervios.

NIDA: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de los Estados Unidos.

Nistagmos: Movimientos incontrolados e involuntarios de los ojos.

Nitrito: En el contexto de las adicciones, los nitritos son una clase especial de inhalantes al que pertenece el popular “poppers”.

NSP: Nueva Sustancia Psicoactiva.

OEA: Organización de Estados Americanos.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

Opioide: Cualquier sustancia, natural o sintética, emparentada con el opio y que se une con receptores opioides en el cerebro. Ejemplos: morfina y heroína.

Opistótonos: Postura característica de los que sufren una infección por *Clostridium tetani*. Reconocible por la contracción continuada o rigidez de los músculos de tal forma que el cuerpo queda curvado hacia atrás en forma de C invertida.

Órgano diana: Lugar donde va a ejercer sus acciones una droga o un medicamento.

Osteomielitis: Inflamación simultánea de la médula ósea y del hueso.

Osteotendinoso: Perteneciente a huesos y tendones.

Palpitación: Latido del corazón, sensible e incómodo para el enfermo y más frecuente que el normal.

Pares craneanos y espinales: Nervios de SNC y periférico.

Parkinson (Enfermedad de): Es una enfermedad neurológica que se asocia con rigidez muscular, dificultades para caminar, temblor y alteraciones en la coordinación de movimientos.

Patognomónico: Síntoma que caracteriza y define una determinada enfermedad.

Patología: Enfermedad.

Percusión: En medicina es una técnica de exploración física que, mediante pequeños golpes con los dedos de las manos sobre la superficie corporal del paciente, sirve para delimitar zonas de distinta sonoridad.

Perico: Nombre popular dado al clorhidrato de cocaína y se usa por vía nasal.

Perinatal: Que precede o sigue inmediatamente al nacimiento.

Peristaltismo: Conjunto de movimientos de contracción del tubo digestivo que permiten la progresión de su contenido desde el estómago hacia el ano.

Peyote: Nombre popular dado al cactus mexicano *Anhaloniumwil-
liamsi* y su principio activo es la mescalina.

Piloerección: Elevación del vello corporal.

Plasma: Parte líquida de la sangre que no contiene células.

PMM: Programa de Mantenimiento de Metadona.

Poliglobulia: Aumento en la masa eritrocitaria. Se caracteriza por un incremento del número de hematíes y de la cantidad de hemoglobina por unidad de volumen de sangre.

Popper: Nombre popular dado a los nitritos inhalables.

POS: Plan Obligatorio de Salud.

Posología: Dosificación de un medicamento.

Preclampsia: Estado patológico de la mujer en el embarazo que se caracteriza por hipertensión arterial, edemas, presencia de proteínas en la orina y aumento excesivo de peso.

Prematuridad: Se refiere al estado de los niños nacidos antes del tiempo considerado como normal.

Prenatal: Que existe o se produce antes del nacimiento.

Prevalencia: En epidemiología, proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio.

Principio activo: Es el nombre de los componentes responsables de la acción farmacológica en una droga o en un medicamento.

Prospección: Capacidad para realizar planes futuros reales.

Protectores de mucosa gástrica: Fármacos que tienen la capacidad de proteger la mucosa del tracto gastrointestinal de la acción del entorno ácido y enzimas digestivas.

Pruebas cualitativas: Prueba que determina la presencia o ausencia de una sustancia y no mide la cantidad.

Pruebas cuantitativas: Pruebas que determinan cantidad de sustancia en una muestra biológica.

Prurito: Comezón.

Psicodélicos: Nombre para los alucinógenos por su capacidad de producir estados alterados de conciencia.

Psicodislépticos: Nombre de los alucinógenos por su capacidad para producir distorsiones de la actividad psíquica.

Psicofarmacología: Parte de la farmacología que se encarga del tratamiento medicamentoso de los trastornos mentales.

Psicofármacos: Medicamentos para tratar los trastornos mentales.

Psicoterapia: Tratamiento psicológico de las enfermedades.

Psicopatología: Estudio de las causas y naturaleza de las enfermedades mentales.

Psicosis de Korsakoff: El síndrome de Korsakoff o psicosis de Korsakoff es una enfermedad neuropsiquiátrica cuyo rasgo característico es que provoca en el paciente una pérdida grave de la memoria episódica o de las experiencias vividas.

Psicoterapéutico: Término relacionado con la psicoterapia o tratamiento de trastornos psicológicos.

Psicótico: Relacionado con la psicosis (enfermedad mental caracterizada por delirios o alucinaciones, como la esquizofrenia o la paranoia).

Psicotomiméticos: Nombre dado a los alucinógenos. Se refiere a su capacidad de producir cuadros similares a las enfermedades mentales.

Psilocibina: Principio activo contenido en cierto tipo de hongos alucinógenos.

Pulpejo: Parte carnosa, blanda y redondeada de algunas partes pequeñas del cuerpo, especialmente el lóbulo de la oreja, las zonas blandas del dorso de cada dedo, y la parte de la mano que sale del pulgar

Pulso filiforme: Pulso rápido, débil, de poca amplitud.

Rabdomiólisis: Síndrome causado por la afección del músculo esquelético, el cual produce un aumento de una sustancia llamada mioglobina que puede producir falla renal.

Reflujo gastroesofágico: Devolución del contenido del estómago al esófago.

Refuerzo negativo: Se refiere a la repetición de una conducta para evitar una sensación desagradable.

Refuerzo positivo: Este término pertenece a la psicología conductista y se refiere al hecho de que se repita una acción cuando el individuo experimenta un efecto gratificante. El ejemplo más clásico es el de la rata que aprieta una palanca repetidamente para obtener comida.

Renal: Referente a los riñones.

Retención urinaria: Incapacidad para vaciar totalmente la vejiga.

Rinorrea: Producción de secreción por la nariz.

Rinosinusitis: Inflamación de las membranas nasales, los senos paranasales y el hueso nasal.

San Pedro: Cactus (*Trichocereus pachanoi*) que crece en México, Bolivia, Ecuador y Perú y contiene mescalina.

Sensopercepción: Conciencia de la propia corporeidad, así como simbolismo y conciencia de los objetos exteriores, de todo lo que acontece en el exterior del yo.

Sialorrea: Producción exagerada de saliva.

Signos: Manifestaciones objetivas, clínicamente fiables y observadas en la exploración médica.

Signos de focalización neurológica: Problemas que pueden localizarse en zonas de diversa naturaleza como en nervios, médula espinal o cerebro y ocasionan trastornos según la zona afectada, como debilidad en un brazo, una pierna, parestias o plejías, así como en afectaciones en la memoria, emociones o cognición.

Síndrome de abstinencia: Conjunto de síntomas que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un periodo prolongado o en dosis altas.

Síndrome de Gilles de la tourette: Trastorno neuropsiquiátrico heredado con inicio en la infancia, caracterizado por múltiples tics físicos (motores) y vocales (fónicos).

Síndrome de MalloryWeiss: Se refiere a laceraciones en la membrana mucosa del esófago, normalmente causadas por hacer fuertes y prolongados esfuerzos para vomitar o toser.

Sinestesia: Sensación secundaria o asociada que se produce en una parte del cuerpo como consecuencia de un estímulo aplicado en otra.

Síntomas: Sensaciones subjetivas expresadas por los pacientes como queja de sus enfermedades.

Síntomas de disautonomía simpática: Son aquellos que se presentan por alteraciones en el Sistema Nervioso Autónomo, que es aquel que no depende de nuestra voluntad y que controla las funciones vitales como el pulso, la presión, la frecuencia respiratoria y la temperatura.

SNC: Sistema Nervioso Central.

Solanáceas: Familia de plantas a la que pertenecen más de 2.500 especies, tales como la papa, el tabaco y la mandrágora.

Sustancias psicoactivas: Sustancias que actúan sobre el sistema nervioso y altera las funciones psíquicas. Sinónimo de drogas.

TA: Tensión arterial.

TAB: Trastorno Afectivo Bipolar.

TAC: Tomografía Axial Computarizada.

Taquipnea: Aumento de la frecuencia respiratoria.

Telangectasias faciales: Vasos cutáneos de la cara, superficiales y visibles al ojo humano.

Terapia aversiva: Tratamiento que suprime una conducta indeseable y la asocia con una experiencia dolorosa o desagradable. El término hace referencia a cualquiera de las diversas formas de tratamiento de la dependencia del alcohol o de otras drogas dirigidas a crear una aversión condicionada ante la vista, el olor o el sabor de la sustancia de abuso o al pensar en ella.

Tratamiento ambulatorio: El que se realiza fuera del hospital y otros ambientes cerrados.

Testosterona: Hormona relacionada con las características masculinas.

THC: Tetrahidrocanabinol.

Tolerancia cruzada: Tolerancia compartida por medicamentos del mismo grupo farmacológico.

Tono muscular: Resistencia muscular a la movilización pasiva.

Transferencial: Relacionado con los lazos emocionales que surgen entre el paciente y el terapeuta.

Tratamiento ambulatorio: El que se realiza fuera del hospital y de sitios cerrados.

Trauma encefalocraneano: Daño que compromete la cara, cuero cabelludo, cráneo y su contenido.

Trombocitopenia: Disminución de la cantidad de plaquetas.

TUS: Trastornos por Uso de Sustancias.

UBE: Unidad de Bebida Estándar.

Unipedestación: Posición de estar sobre un solo miembro inferior.

Unodc: Oficina de Naciones Unidas contra la droga y el delito.

Uvulitis: Inflamación de la úvula, que es la estructura anatómica que cuelga en el paladar blando en la faringe posterior.

Várices: Dilatación de las venas.

Vasoconstricción: Estrechamiento de un vaso sanguíneo.

Vasopresores: Medicamentos que incrementan la presión arterial.

Venopunción: Punción que se hace en una vena para extraer sangre o para inyectar algo.

Vértigo: Trastorno del equilibrio en el que se siente que giran el cuerpo o las cosas que lo rodean.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Vitaminoterapia: Terapia con vitaminas.

Vulnerabilidad genética: Predisposición a padecer un trastorno por factores hereditarios.

Xantinas: Compuestos que se encuentran en la sangre, la orina y en algunas plantas (té, café, cacao.) Se usa en medicina por su poder diurético y como excitante del sistema nervioso.

Yagé: Nombre popular de la *Banisteriopsiscaapi*, bejuco sagrado de los indígenas colombianos, brasileños y peruanos que produce cambios perceptuales intensos visuales.

Yeyuno: Segunda porción del intestino delgado.

Yopo: Nombre popular de plantas como la *Anadenanthera peregrina* y la *Piptadenia peregrina*, que contienen dimetiltriptaminas, sustancia que se encuentra de manera natural en el cerebro y en el yagé.

Referencias

- Alfonso, L. F. (2004). *Guía práctica para la organización de un sistema integral de tratamiento de la dependencia de drogas*. pdf.
- Álvarez, Y. y. (2005). Farmacología de los opioides. *Adicciones. Monografía Opiáceos. Volumen 17.* , 21-40.
- Alzate, F. y. (2012). Intoxicación por opioides. En L. y. Peña, *Protocolos de manejo del paciente intoxicado* (págs. 103-105). Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina. Departamento de Farmacología y Toxicología.
- APA. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- APA. (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Panamericana.
- Arias, F. y. (2009). Cannabis. En C. e. Pereiro, *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación*. Madrid: soci drog alcohol.
- Aristizábal, J. y. (2012). Intoxicación por volátiles inhalables. En L. y. Peña, *Protocolos de manejo del paciente intoxicado* (págs. 163-165). Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina. Departamento de Farmacología y Toxicología.
- Ashton, H. (2002). *Monografía sobre el tratamiento de la suspensión de las benzodiazepinas*. Recuperado el 26 de 10 de 2012, de <http://www.benzo.org.uk>
- Bermejo A.M., T. M.-R. (2010). Muestras biológicas en Toxicología. En C. e. Periro, *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación* (págs. 285-307). Madrid: Soci drog alcohol.
- Bernal, H. (2014). Panorama del consumo de sustancias sintéticas en la región de las Américas (diapositivas). *Conferencia del Seminario Gestión integral en salud mental y drogas emergentes*. Envigado: Unodc.
- Botero, D. (2014). Capacitación en reducción de consumo de sustancias psicoactivas para personal médico y asistencial de la red pública de la ciudad de Medellín. *Urgencias por drogas de abuso*. Medellín: Sin editar.

- Briones, A., Cumsille, F., & Henao, A. y. (2013). Producción de drogas y sustancias emergentes. *El problema de las drogas en las Américas. OEA*, 40-42.
- Carnero, C. (2013). *Aten Primaria*. Recuperado el 30 de noviembre de 2014, de <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.04.00>.
- Casado, V. y. (2004). Intervención en drogas desde atención primaria. *Adicciones*, 225-234.
- Castaño, G. C. (2013). Consumo de drogas emergentes en Medellín, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.
- Cicad-OEA., Unodc. Ministerio de Justicia y del Derecho. Ministerio de Salud y Protección Social. Gobierno Nacional de Colombia. (2014). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas-Colombia. 2013. Informe Final*. Bogotá: ALVI Impresores.
- Climent, B. y. (2010). Drogas emergentes. En P. C. ed, *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación* (págs. 637-668). Madrid: Socidrogalcohol.
- Climent, B. y. (2010). Drogas emergentes. En C. E. Periro, *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación* (págs. 639-667). Madrid: Socidrogalcohol.
- Colciencias, M. d. (2013). *Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol - 2013 Guía No. 23*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias.
- Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho. Ministerio de Salud y Protección Social. Ministerio de Educación. Gobierno Nacional de Colombia. Cicad-OEA. Unodc. Embajada de los Estados Unidos en (2012). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar Colombia-2011. Informe final*. Bogotá: Ministerio de Educación.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social. (2004). *Actualización de la Guía práctica de atención en farmacodependencia*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía. (2008). *Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de estimulantes*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.
- Corazón, H. H. (2006). *Guías*. Medellín.
- E.S.E. Hospital Carisma. (Septiembre de 2012). Guía para el manejo de la dependencia de opioides. Medellín, Antioquia, Colombia: E.S.E. Hospital Carisma. Sin publicar.
- Elvira, L. . (2001). Abuso y dependencia de zopiclona y zolpidem: presentación de tres casos. *Psiquiatría biológica*.
- Fernández, J. L. (2009). Cannabis (I). Farmacología. En P. e. Lorenzo, *Drogodependen-*

- cias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación.* (Págs. 303-328). Madrid: Médica Panamericana.
- Fernández, J. y. (2010). Opiáceos. En C. Pereiro, *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación* (págs. 471-534). Madrid: Socidrogalcohol.
- Fiore MC, J. C. (2010). *Treating Tobacco Use an Dependence: 2008 update. Clinical Practice Guideline.MD:US. Departmente of Health and Human Services Public Health Service May 2008. Traducción al español: Guía de tratamiento del tabaquismo.* Madrid: Separ (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica).
- Gallego, A. T. (2011). Diagnóstico. En G. d. Samfyc. Granada: Samfyc.
- Gallego, H. y. (2012). Intoxicación por éxtasis. En L. y. Peña, *Protocolos de manejo del paciente intoxicado* (págs. 96-98). Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina. Departamento de Farmacología y Toxicología.
- Giraldo, A. (2008). *Aspectos clínico-toxicológicos de las derogodependencias y urgencias y complicaciones asociadas al uso/abuso de alcohol y drogas.* Medellín: Funlam.
- Giraldo, A. (2000). Drogas de síntesis. Intoxicación. En D. Córdoba, *Toxicología* (págs. 433 -438). México: Manual Moderno.
- Giraldo, A. (1997). Evaluación médica del paciente consumidor de sustancias psicoactivas. *Ponencia para el seminario-taller: Uso de sustancias psicoactivas. Abordaje bio-psico-social.* Medellín.: Hospital Universitario San Vicente de Paúl.
- Giraldo, A. (2001). Intoxicación por alcohol metílico. *Simposio de actualización en Toxicología* (pág. disponible en CD). Medellín: Hospital San Vicente de Paúl.
- Giraldo, L. (2014). Mitos y realidades de la marihuana. Medellín.
- Gómez, U. (2008). Escopolamina. En C. M. Social, *Guía para el manejo de las urgencias toxicológicas* (págs. 210-212). Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Gómez, U. (2000). Intoxicación etílica. En D. Córdoba, *Toxicología.* México: El Manual Moderno.
- Gómez, U. y. (2008). Benzodiacepinas. En M. d. Colombia, *Guía de manejo de urgencias toxicológicas* (págs. 207-209). Bogotá: Imprenta Nacional.
- Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica sobre el tratamiento de la dependencia de cocaína. (2011). *Guía de práctica clínica basada en la literatura científica del tratamiento de la dependencia. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador.* Barcelona: Departamento de salud.
- Gutiérrez, M. (2008). Manejo en el servicio de urgencias del paciente intoxicado. En M. d. Social, *Guía de manejo de urgencias toxicológicas* (págs. 29-42). Bogotá: Imprenta Nacional.
- Gutiérrez, M. y. (2008). Marihuana. En C. M. Social, *Guía de manejo de urgencias toxicológicas* (págs. 191-199). Bogotá: Imprenta Nacional.

- Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón, H. (2006). *Guías de manejo en Psiquiatría*. Bogotá: HHSC.
- Jiménez, C. A. (2014). El cigarrillo electrónico. Declaración oficial de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (Separ) sobre la eficacia, seguridad y regulación de los cigarrillos electrónicos. *Archivos de bronconeumología*, 362-367.
- Kebler, H. e. (2006). *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Substance Use Disorders*. APA.
- Ladero, J. y. (2009). Alcohol (I): farmacología del alcohol. Intoxicación aguda. En P. Lorenzo, *Drogodependencia. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. (Págs. 385-400). Madrid: Panamericana.
- Ladero, J. y. (2009.). Cocaína (III): complicaciones orgánicas y psiquiátricas del consumo. En P. e. Lorenzo, *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. (Págs. 223-238). Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana.
- Ledo, A. y. (2010). Cocaína. En C. Pereiro, *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación* (págs. 535-567). Madrid: Socidrogalcohol.
- Leza, J. y. (2009). Dependencia. Síndrome de abstinencia. En P. e. Lorenzo, *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. (Págs. 129-142). Madrid: Médica Panamericana.
- Lizasoain, I. M. (2009). Alucinógenos. En P. Lorenzo, *Drogodependencias. Farmacología. Psicología. Patología. Legislación*. (Págs. 359-371). Madrid: Médica Panamericana.
- Lizasoain, I. y. (2009). Cocaína (II): intoxicación aguda. Dependencia. Síndrome de abstinencia. En P. e. Lorenzo, *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. (Págs. 207-222). Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana.
- Lizasoain, I. y. (2009). Cocaína(I): farmacología. En P. e. Lorenzo, *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. (Págs. 189-207). Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana.
- Lizasoain, I., & Lorenzo, P. y. (2009). Anfetaminas. En P. e. Lorenzo, *Drogodependencias. Farmacología. Psicología. Patología. Legislación*. (Págs. 239-250). Madrid: Médica Panamericana.
- López, J. y. (2012). Intoxicación por escopolamina. En L. y. Peña, *Protocolos de manejo del paciente intoxicado* (págs. 94-95). Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina. Departamento de Farmacología y Toxicología.
- Lorenzo P, L. J. (2009). Dependencia tabáquica. Tabaco y Nicotina. En P. e. Lorenzo, *Drogodependencias: Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. (Págs. 499-501). Madrid: Médica Panamericana.

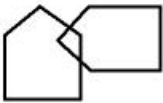
- MA, M., & Lizasoain, I. y. (2009). Xantinas. En P. e. Lorenzo, *Drogodependencias* (págs. 295-301). Madrid: Médica Panamericana.
- Martín, J. y. (2008). Aspectos generales de los estimulantes. En J. d. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, *Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de estimulantes* (págs. 18-34). Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.
- Martín, J. y. (2008). Intervención farmacológica. En J. d. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, *Guía para el tratamiento de los trastornos por consumo de estimulantes* (pág. 96). Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.
- Martín, M. (2009). Alcohol (IV): fundamentos biopsicosociales del alcoholismo. Complicaciones psiquiátricas del abuso de alcohol. En P. e. Lorenzo, *Drogodependencias. Farmacología. Psicología. Patología. Legislación* (págs. 437-465). Madrid: Médica Panamericana.
- Mayán, A. y. (2006). Valoración del enfermo drogodependiente en los servicios de urgencias. *Adicciones. Monografía Patología orgánica en adicciones*, 263-283.
- Mesas, A. E. (2011). Vareniclina. En S. C, *Tabaquismo en atención primaria* (págs. 76-86). Granada: SAMFyC.
- Mesas, A. G. (2011). Bupropión. En SAMFyC, *Tabaquismo en Atención Primaria* (págs. 69-78). Granada: SAMFyC.
- Mirraño, J. (Junio de 2012). *Revista de la Sociedad Española de Bioquímica y Biología Molecular*. Recuperado el 30 de noviembre de 2014, de Cocaína: http://www.sebbm.com/img/172_coca_03.jpg
- Morán, A., E. M. (2011). Introducción. En G. d. Samfyc, *Tabaquismo. Abordaje en atención primaria. Guía de práctica clínica basada en la evidencia*. 2011: Samfyc.
- Moro, M. y. (2009). Benzodicepinas, barbitúricos y otros hipnóticos. En P. Lorenzo, *Drogodependencia. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. (Págs. 483-496). Madrid: Médica Panamericana.
- Moro, M. y. (2009). Benzodicepinas, barbitúricos y otros hipnóticos. En P. e. Lorenzo, *Drogodependencias* (págs. 483-496). Madrid: Médica Panamericana.
- Moro, M. y. (2009). Opioides I. Farmacología. Intoxicación Aguda. En L. e. al, *Drogodependencia. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. (Págs. 107-128). Madrid: Médica Panamericana.
- Navarro, M. e. (2009). Cannabis (II). Dependencia. Complicaciones orgánicas y psiquiátricas. En P. Lorenzo, *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología*.

- Legislación*. (Págs. 329-344). Madrid: Médica Panamericana.
- Navarro, M., JM, L., & Martín, M. y. (2009). Cannabis (II). Dependencia. Complicaciones orgánicas y psiquiátricas. En P. e. Lorenzo, *Drogodependencias. Farmacología. Psicología. Patología. Legislación*. (Págs. 329 -358). Madrid: Médica Panamericana.
- NIDA. (2012?). *Easy to read drug facts*. Recuperado el 30 de noviembre de 2014, de Metanfetamina: Señales de abuso y adicción a la Metanfetamina: <http://easyread.drugabuse.gov/meth-facts-spanish.php>.
- NIDA. (8 de noviembre de 2014). *Emerging Trends. Krokodil*. Recuperado el 14 de noviembre de 2013, de NIH. NIDA. The science of drug abuse & adiction: www.drugabuse.gov/drugs-abuse/emerging-trends.
- NIDA. (2005. Revisado 2011 y 2013). *NIH/National Institute on Drug Abuse*. Recuperado el 28 de febrero de 2014, de Serie de reportes de investigación. Abuso de la marihuana: http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/marihuana_rr_sp_2013.pdf.
- NIDA. (Impreso 2001, revisado 2010). *Principios de tratamiento para la drogadicción*. Recuperado el 22 de julio de 2014, de NIDA: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/reconocimientos>.
- NIDA. (Febrero de 2011). *The Science of drug abuse & addiction*. Recuperado el 28 de febrero de 2012, de Serie de Reportes de Investigación. Inhalantes: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-de-inhalantes/cuales-el-alcance-del-abuso-de-los-inhalantes>.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito, U. (2014). *Informe mundial de las drogas. 2014. Resumen ejecutivo*. Viena: Unodc.
- OMS. (2008). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Décima Revisión*. Washington: PAHO.
- OMS. (03 de 2013). *Página Oficial de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 30 de noviembre de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>.
- Onudc. Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. (2014). *Informe mundial de las drogas 2014. Resumen ejecutivo*. Viena: Unodc.
- Pereiro, C. (. (2010). *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación (PDF)*. Madrid: Socidrogalcohol.
- Pinet, M. (2006). Tabaco y cáncer. *Adicciones*, 33-49.
- Plan nacional sobre drogas. (Agosto de 2002). Recuperado el 28 de febrero de 2010, de Drogas de síntesis: http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/adicciones/9_-_drogas_de_sintesis_consecuencias_para_la_salud.pdf.
- Plan nacional sobre drogas, C. C. (2007). *Informe sobre alcohol*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ramos, J. y. (2009). Cannabis (III). Posible utilidad terapéutica de los derivados del

- cannabis. En P. e. Lorenzo, *Drogodependencia. Farmacología. Psicología. Patología. Legislación*. (Págs. 345-357). Madrid: Médica Panamericana.
- Ramos, J. y. (2009). Cannabis (III). Posible utilidad terapéutica de los derivados del cannabis. En P. e. Lorenzo, *Drogodependencias. Farmacología. Psicología. Patología. Legislación*. (Págs. 345-358). Madrid: Médica Panamericana.
- Robledo, P. (2008). Las anfetaminas. Revisión. *Trastornos adictivos*, 166-174.
- Roca, V. y. (2009). Complicaciones orgánicas generales del consumo de drogas. Hepatitis en drogadictos. En P. Lorenzo, *Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación*. (Págs. 169-182). Madrid: Médica Panamericana.
- Roncero, C. F-P. (2010). Benzodiacepinas. En C. E. Pereiro, *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación* (págs. 569-614). Madrid: Socidrogalcohol.
- Salvador, T. y. (2010). *Drogas y atención primaria*. Gobierno de La Rioja.
- Salvador, T. y. (2010). *Drogas y atención primaria. Guía práctica de intervención sobre el abuso de alcohol y otras drogas*. Logroño: Gobierno de La Rioja.
- Santamaría, A. y. (2012). Manejo general del paciente intoxicado. En L. y. Peña, *Protocolos de manejo del paciente intoxicado* (págs. 11-18). Medellín: Departamento de Farmacología y Toxicología, Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia.
- Schultes, R. y. (1994). *El bejuco del alma*. Bogotá: Uniandes.
- Segura, J. y. (2008). Aspectos generales de los estimulantes. En J. d. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, *Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de estimulantes* (págs. 19-35). Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía.
- Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, S. (2010). *Guía de tratamiento de tabaquismo*. Madrid: Separ.
- Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. (Julio de 15 de 2008). *Tratamiento de deshabituación de las benzodiacepinas*. Recuperado el 15 de octubre de 2012, de Fichas de consulta rápida: <http://www.svmfyc.org/fichas/f014/ficha014.pdf>.
- Téllez, J. (2008). Cocaína. En M. d. Colombia, *Guías para el manejo de urgencias toxicológicas* (págs. 185-190). Bogotá: Imprenta Nacional.
- Téllez, J. (2008). Solventes e hidrocarburos. En C. M. Social, *Guía de manejo de urgencias toxicológicas* (págs. 227-229). Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Téllez, J. y. (2005). Efectos toxicológicos y neuropsiquiátricos producidos por consumo de cocaína. *Revista de la Facultad de Medicina*.
- Terán, A. y. (2010). La historia clínica en adicciones. En C. (Pereiro, *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación* (pág. 774). Madrid: Socidrogalcohol.
- Terleira AI y Vargas, E. (2009). Sustancias volátiles. En P. e. Lorenzo, *Drogodependen-*

- cias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación.* (Págs. 373-384). Madrid: Médica Panamericana.
- Torres, J. (Agosto de 2006). *Infoadicciones*. Recuperado el 30 de noviembre de 2014, de Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones: http://sid.usal.es/idocs/F8/ART11381/comorbilidad_trastornos_metnales_adicciones.pdf.
- Unodc. (2013). *Informe mundial sobre las drogas. 2013. Resumen ejecutivo.PDF*Unodc.
- Unodc/OMS. (2010). *Progrma conjunto sobre el tratamiento y la atención de la drogo-dependencia*. Viena: Unodc/OMS.
- Velázquez, A. (2012). Intoxicación por metanol. En L. y Peña, *Protocolos de manejo de intoxicaciones* (págs. 70-76). Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina. Departamento de Farmacología y Toxicología.
- Vidar, B. P. (2011). Intervención avanzada. En S. A. SAMFyC, *Tabaquismo en atención primaria*. Granada: SAMFyC.
- Zarco, J. e. (2007). *El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas*. Madrid: Semfyc.
- Zuluaga, A. (2012). Benzodiacepinas. En L. y Peña, *Protocolos de manejo del paciente intoxicado. PDF*. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina. Departamento de Farmacología y Toxicología.

Anexo 1

"MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO"	
Paciente	Edad
Ocupación	Escolaridad
Examinado por	Fecha
ORIENTACION	PUNTOS
"Dígame el día Fecha Mes Estación Año ....."	..... (5)
"Dígame el Hospital (o el lugar) Planta ....."	..... (5)
Ciudad Prov. Nación ....."	..... (5)
FIJACION	
"Repita estas 3 palabras: Presenta-Caballo-Manzana" (Repítirlas hasta que las aprenda) ....."	..... (3)
CONCENTRACION Y CALCULO	
"Si tiene 30 ptas. Y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando? ....."	..... (5)
"Repita estos números: 5-9-2" (hasta que los aprenda) "Ahora hacia atrás" ....."	..... (3)
MEMORIA	
"¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes? ....."	..... (3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCION	
Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?" Repetirlo con el reloj ....."	..... (2)
"Repita esta frase": "En un trigal había cinco perros" ....."	..... (1)
"Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?" "¿Qué son un perro y un gato?" ....."	..... (2)
"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa" ....."	..... (3)
"Lea esto y haga lo que dice", CIERRE LOS OJOS ....."	..... (1)
"Escriba una frase" ....."	..... (1)
"Copie este dibujo":	..... (1)
PUNTUACION TOTAL (35)	
Nivel de conciencia	
Ciego Sordo Otros	

Programa
Medellín
sana y libre
de adicciones

Secretaría de Salud de Medellín
www.medellin.gov.co/salud
secre.salud@medellin.gov.co
Línea amiga en salud 444 44 48



@saludmedellin



saludmedellin



Medellín ciudad saludable

