

**Curso Especial de Posgrado en
Atención Integral para Médicos Generales**

**m ó d u l o
TRES**

**CONSUMO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS CAPACES DE
PRODUCIR DEPENDENCIA**

**Caja Costarricense de Seguro Social
Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud
y Seguridad Social (CENDEISS)
Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud**

**Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Posgrado (SEP)
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública**



Consumo de sustancias psicoactivas capaces de producir dependencias - 1 ed. - San José, Costa Rica, 2003.

174 p. : 21,5 x 27 cm
Incluye gráficos

Título de la colección:
Curso especial de posgrado en Atención Integral para Médicos Generales

ISBN:

1. Adicciones; 2. sustancias psicoactivas; 3. alcohol; 4. tabaco; 5. anfetaminas; 6. benzodiacepinas; 7. marihuana; 8. cocaína; 9. crack; 10. opiáceos; 11. sustancias inhalables.

Comité Editorial

Ileana Vargas Umaña
Raúl Torres Martínez
Carlos Icaza Gurdíán
Ma. Adelia Alvarado Vives

Equipo de Producción

Asesoría pedagógica y metodológica: Raúl Torres Martínez, Maria Adelia Alvarado Vives
Corrección filológica: Raúl Torres Martínez
Diseño y edición digital: Oscar Villegas del Carpio
Edición del sitio en Internet: Magally Morales Ramírez, BINASSS
Apoyo secretarial: Carmen Villalobos Céspedes, Dunia Masís Herra, Juan Manuel Sanabria Mora.

Coordinación del Curso

Coordinación institucional por CENDEISSS
Carlos Icaza Gurdíán

Coordinación académica por UCR
Ileana Vargas Umaña

Colaboración en el Curso

Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia
Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica
Colegio Holandés de Médicos de Familia (NHG)
Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud

Primera edición, 2003

© Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS)

Todos los derechos reservados

Prohibida la reproducción parcial o total de la obra sin la autorización previa del CENDEISSS.

Las opiniones y contenidos de los módulos, no necesariamente evidencian la posición y las perspectivas de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

Autoría de Contenidos

Kenneth Ávila Corrales
Vera Violeta Barahona Hidalgo
Patricia Hernández Cubillo
Soledad Hernández Estrada
José Picó Costero
Margarita Sánchez Coccaro

Contenidos

9	Presentación
10	Prefacio
11	Introducción
14	Primera unidad
	Aspectos generales de la enfermedad adictiva
15	I. Importancia del problema
15	A. Consumo de sustancias psicoactivas como problema de salud pública en el país
15	1. Alcohol
17	2. Tabaco
22	3. Anfetaminas
22	4. Benzodiazepinas
24	5. Marihuana
24	6. Cocaína y crack
27	7. Opiáceos
28	8. Sustancias inhalables
30	Segunda unidad
	Marco conceptual del consumo de sustancias psicoactivas
31	I. La enfermedad adictiva
31	A. Aspectos generales
32	B. El proceso de la “carrera adictiva”
32	1. Factores determinantes
38	2. Factores influyentes
46	3. Deterioro de las áreas funcionales
51	II. Clasificación de las sustancias psicoactivas y diagnóstico en la persona consumidora
51	A. Clasificación de sustancias psicoactivas
52	B. Diagnóstico en la persona consumidora
52	1. Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)
57	2. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10

59	Tercera unidad
	Intervenciones para la promoción y prevención
60	I. Aspectos de promoción y prevención de las adicciones
60	A. La promoción
60	1. Estilos de vida
60	2. Factores protectores
61	3. Herramientas para la promoción de la salud
61	B. La prevención
61	1. Modelos en la prevención de sustancias psicoactivas
63	2. Planteamientos de la prevención
64	3. Habilidades para la vida
64	4. Orientación a la familia de la persona consumidora
70	Cuarta unidad
	Abordaje de la persona consumidora y su familia
71	I. El quehacer del médico general ante el problema de las adicciones
71	A. Abordaje integral
71	1. Características para la detección oportuna del problema
72	2. Pautas para el diagnóstico
72	3. Medidas básicas de la prevención
73	4. Pautas de acción
74	5. Etapas de Kendel y colaboradores
74	6. Grupos en riesgo que deben abordarse
74	B. Diagnóstico situacional del consumo de sustancias psicoactivas
75	en el área de atención
	1. Factores de riesgo

76	II. Fundamentos para la atención integral a las personas consumidoras o en riesgo
76	A. Comorbilidad
76	1. Combinación de problemas relacionados con la farmacodependencia y con trastornos psiquiátricos
78	2. Patologías de comorbilidad que se relacionan con el uso de sustancias
79	3. Trastornos frecuentes en los adolescentes
79	4. Dificultades frecuentes en estos pacientes
80	5. Algunas situaciones de comorbilidad
82	B. Recursos para la recuperación de las personas consumidoras
82	1. Sistema Nacional de Salud
83	2. Gestión Local
84	Quinta unidad
	Atención a la persona consumidora de sustancias psicoactivas o en riesgo
85	I. La persona consumidora de alcohol
85	A. Manifestaciones físicas y conductuales
85	1. Efectos físicos
86	2. Efectos neuropsiquiátricos del consumo excesivo
87	3. Efectos sociales
87	B. Complicaciones
87	1. Síndrome de feto alcohólico
88	C. Diagnóstico
88	1. Entrevista clínica
90	2. Diagnóstico por examen físico
90	3. Diagnóstico por examen mental
91	4. Diagnóstico por entrevista a familiares
91	5. Diagnóstico por examen de laboratorio
92	6. Diagnóstico por CIE-10
93	D. Interacción farmacológica
93	E. Detección
93	F. Abordaje integral

94	II. La persona consumidora de tabaco
94	A. Aspectos generales del consumo
94	1. Factores que intervienen en la conducta del tabaquismo
95	2. Tóxicos presentes en el tabaco
96	3. Complicaciones derivadas del consumo del tabaco
98	4. Factores asociados al inicio del consumo
99	5. Dependencia
100	B. Criterios diagnósticos
100	1. Dependencia a la nicotina
101	2. Síndrome de abstinencia a la nicotina
101	C. Abordaje
101	1. Prueba de diagnóstico
102	2. Programas para suspender el hábito del fumado
102	3. Abordaje de la recaída
103	III. La persona consumidora de benzodiazepinas
103	A. Aspectos generales
103	1. Manifestaciones en el consumidor
103	2. Efectos de la sustancia
106	B. Riesgos, complicaciones e interacciones
106	1. Riesgos
108	2. Complicaciones
108	3. Interacciones
108	C. Abordaje integral
108	1. Detección oportuna del problema

112	IV. La persona consumidora de anfetaminas
112	A. Aspectos generales
112	1. Sustancias incluidas en este grupo
113	2. Anfetaminas más utilizadas
113	3. Drogas de diseño
114	B. Manifestaciones físicas y conductuales en el consumidor
114	1. Anfetaminas
120	2. Metanfetaminas
121	3. Cristal
121	4. MDMA 3-4
123	5. Otras drogas de diseño
123	C. Complicaciones
123	1. Principales complicaciones
124	2. Intoxicaciones
124	3. Trastornos psiquiátricos coexistentes
125	4. Trastornos físicos coexistentes
125	D. Abordaje integral a la persona consumidora de anfetaminas
125	1. Tratamiento del síndrome de abstinencia
126	2. Criterios de referencia a un centro hospitalario
127	Referencias bibliográficas
	Anexos
133	Anexo No.1: La persona consumidora de marihuana
139	Anexo No.2: La persona consumidora de cocaína y crack o en riesgo
143	Anexo No.3: La persona consumidora de opiáceos
147	Anexo No.4: La persona consumidora de sustancias inhalables
152	Anexo No.5: Síndrome de feto alcohólico
154	Anexo No.6: Test de Cage
156	Anexo No. 7: Michigan Alcoholism Screening Test Versión abreviada IAFA (MASTA).
158	Anexo No. 8: Tratamiento del individuo que tiene problemas con el consumo del alcohol.
164	Anexo No.9: Test de dependencia a la nicotina de Fagerstrom
166	Anexo No.10: Programa de ayuda a fumadores para dejar el hábito

Presentación

Prefacio

El Curso ESPECIAL DE POSGRADO EN ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD, es la respuesta que el CENDEISSS y el Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, en contrato con la Escuela de Salud Pública, de la Universidad de Costa Rica, implementan para actualizar adecuadamente los conocimientos teórico-prácticos del recurso médico en el primer nivel de atención.

La combinación de producción de material teórico-metodológico instrumental, representa uno de los ejes de desarrollo de la línea argumental de los programas de extensión docente de la Escuela. La articulación de herramientas e instrumentos para la atención médica integral con las necesidades y las oportunidades que generan los procesos de reforma son parte de una posición analítica y práctica frente a la problemática y los avances del Sistema Nacional de Salud y del modelo de atención del primer nivel de atención.

En todos los casos, los módulos -dada su integración- se vinculan y realimentan entre ellos necesariamente, condición favorecedora de la metodología en uso (MOUSE), que permite que ninguno sea exhaustivo en el contenido que aborda sino con características de complementariedad producto del fenómeno de la intertextualidad.

Este esfuerzo se concreta en el conjunto de trece módulos, elaborados por grupos de autores procedentes de los servicios de salud, de la CCSS, de la Universidad de Costa Rica y otras instituciones públicas, asesorados técnica y metodológicamente por la Escuela de Salud Pública. Este módulo de Atención Integral de Salud constituye el material didáctico básico del Curso, que desencadena el desarrollo del aprendizaje significativo en el proceso de trabajo y que, junto con el segundo módulo: Promoción, prevención y educación para la salud, constituyen los ejes del curso.

Alcira Castillo Martínez
Directora
ESCUELA SALUD PÚBLICA
UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas es uno de los principales problemas de salud pública del país, que hasta la actualidad no se le ha dado la importancia que se requiere.

Por falta de conocimiento y capacitación, esta enfermedad ha sido invisibilizada dentro de la atracción de los servicios de salud, sin embargo, dada la situación nacional actual, es de urgencia que esta problemática sea abordada integralmente y así mejorar la salud mental de la población.

Este módulo constituye un esfuerzo importante para capacitar a los médicos generales a fin de que puedan dar una respuesta acorde con las demandas de las personas consumidoras y sus familias en el primer nivel de atención.

Se pretende que el profesional médico lo incorpore como parte de su quehacer en el marco de la Atención Integral que se brinda a la población del sector.

Este módulo analiza el proceso de la enfermedad adictiva, sus consecuencias o deterioro en las personas y las alternativas de tratamiento.

Claves

Objetivo específico	O
Ejemplo	Ej.
Resumen parcial	Res.
Conclusión parcial	Concl.

Objetivo General del Módulo Tres

Identificar, inducir, y referir a las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, con un abordaje integral en el primer nivel de atención.

PRIMERA

U N I D A D

Aspectos generales de la enfermedad adictiva

Objetivo general de la Primera Unidad

Analizar los aspectos teóricos en que se sustenta la intervención con las personas consumidoras de sustancias psicoactivas o en riesgo.

I. IMPORTANCIA DEL PROBLEMA



Hacer una estimación de la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas como problema de salud en el país y del impacto en la vida de la persona consumidora o en riesgo.

A. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA EN EL PAÍS

1. Alcohol

Costa Rica, en las últimas décadas, ha reconocido que el consumo de alcohol es un problema público, político, económico y de salud integral que afecta a personas de todos los estratos socioeconómicos del país.

La dimensión de esta problemática es compleja, pues abarca aspectos psicológicos, médicos, sociales, culturales, económicos y fiscales entre otros; los cuales son determinantes en la situación que afecta el bienestar individual, familiar y social del costarricense.

La encuesta nacional 200-2001 por Bejarano y Ugalde (IAFA:2003), indica que en la población costarricense:

Estadísticas nacionales

45% (1,643,311) son abstemios.
21% (766,878) son exbebedores.
17% (620,806) son bebedores moderados.
10% (365,180) son bebedores excesivos.
7% (255,626) son considerados alcohólicos

Estos tres últimos sectores en total representan el 34% (1,241.612) de la población costarricense que consumen bebidas alcohólicas.

Los cuadros que se muestran a continuación, evidencian estadísticamente parte de la problemática del consumo de alcohol en el país.

Cuadro No.1
Distribución porcentual de las personas que alguna vez
ingirieron bebidas alcohólicas, según la edad en la cual
lo hicieron por primera vez.

Grupos de edad	1990	1995	Variación
< 12 años	15	9.7	- 5.3
De 13 a 15 años	25.2	25.2	0
De 16 a 18 años	30.5	32.2	2.8
< 19 años	29.3	31.9	2.6
TOTAL	100	100	0

Fuente: Bejarano J. Y col. 1997.

Cuadro 2
Consumo anual per cápita de alcohol absoluto* en la población de
15 años y más.
Costa Rica 1990 - 1997

Año	Bebidas destiladas	Bebidas no destiladas	Total
1990	2.32	1.8	4.12
1991	2.31	1.8	4.11
1992	2.34	2.0	4.34
1993	2.28	2.3	2.28
1994	2.21	2.21	4.42
1995	1.26	2.49	3.75
1996	2.5	1.97	4.02
1997	2.18	1.53	3.71

Fuente: Bejarano J.; Carvajal H.; San Lee. Consumo de drogas en Costa Rica / Resultados de la encuesta nacional de 1995. San José, Costa Rica, IAFA, 1996, pp: 101

*(Litros de alcohol absoluto)

La producción de alcohol ha sufrido un incremento considerable durante la década actual, en especial la producción de bebidas no destiladas, entre las cuales la cerveza representa más del 90%. Esto indica que la disponibilidad de las bebidas alcohólicas es cada vez mayor y, por ende, produce un aumento en el consumo y en las consecuencias asociadas con él, especialmente en los grupos más jóvenes, en los cuales impacta severamente la publicidad.

Concl.

Con los datos anteriores se observa claramente que en Costa Rica, el consumo de bebidas alcohólicas afecta a un alto porcentaje de la población. Por cada involucrado directo, hay por lo menos cuatro personas cerca de él, que pueden ser afectadas si consideramos que nuestras familias están constituidas por ese promedio de miembros.

2. Tabaco

El tabaquismo es una causa importante de la morbilidad que afecta la calidad de vida de los fumadores. El consumo de tabaco y el fumado involuntario están aceptados como la principal causa de muerte prematura en el mundo. Constituye un factor de riesgo que aumenta la incidencia de múltiples enfermedades cardiovasculares, bronquiales, cerebrovasculares, cáncer de pulmón, también afecta la cavidad bucal, esófago, laringe, páncreas, riñón y vejiga, entre otros.

El consumo de tabaco se asocia con

- Un aumento en la susceptibilidad de padecer infecciones en general.
- Una acción sinérgica que produce en las mujeres con la píldora anticonceptiva, lo que agrava el peligro de accidentes vasculares en esta población.
- Aumento del riesgo de infertilidad y de trastornos a nivel sexual tanto en hombres como en mujeres.
- Producción de enfermedades de la encías, problemas dentales, ronquera, tos, pérdida del olfato, manchas en los dientes en las uñas y arrugas prematuras.
- Prevalencia de estas enfermedades aumenta con el número de cigarrillos consumidos en al día y el tiempo de consumo.
- Mortalidad a nivel mundial que alcanza, entre otras, estas cifras
 - ⇒ El 40 al 50% de muertes por cáncer
 - ⇒ El 85% de las muertes por cáncer pulmonar
 - ⇒ El 20 a 25% de enfermedades cardiovasculares.
- Una cantidad de cinco millones de muertes prematuras al año en todo el mundo, asociadas con el consumo del tabaco. Estos índices aumentarán de cinco a diez millones en los próximos diez años.
- El humo de tabaco ambiental que es nocivo no solo para la persona que fuma, sino también para quienes la rodean (tabaquismo pasivo).
- Los efectos agudos de irritación de los ojos y garganta. El tabaquismo pasivo perjudica los tejidos del sistema respiratorio y agrava el riesgo de cáncer, enfermedades cardiovasculares y cuadros alérgicos de los no fumadores.

**El tabaquismo es responsable de:
(Bejarano y Carvalal, 1996)**

- 6% de la mortalidad en general. Produce 4 millones de muertes al año en todo el mundo.
- 40 a 50 % de todas las muertes por cáncer.
- 95% de los cánceres de pulmón
- 80% de los carcinomas de boca, laringe y faringe.
- 80% de las enfermedades bronquiales crónicas y enfisema
- 30 a 40% de los cánceres de vejiga.
- 78% (en hombres) y 75% (mujeres) de todos los cánceres de esófago.
- 300.000 casos de bronquitis y neumonía por año, en bebés menores de 18 meses, hijos de fumadores.
- 85% de muertes por cáncer de pulmón.
- 20 a 25% de las muertes por enfermedades cardiovasculares.
- 30 a 40% de las muertes por cardiopatía coronaria.
- 55% de muertes por enfermedades cerebro vasculares.
- 30% de muertes por cáncer de páncreas

**En Costa Rica
(Bejarano y Carvajal, 1966)**

- Se ha observado una reducción en la proporción de fumadores activos, que refleja el efecto que han tenido las campañas antitabáquicas en el país.
- El aumento en los consumidores está relacionado con una mayor proporción de nuevos fumadores que corresponde a personas jóvenes. Esto indica un efecto significativo en la promoción del consumo de tabaco.
- La publicidad de cigarrillos está diseñada para aumentar la demanda y es un factor causal directo de la iniciación del fumado en gente joven.

**Encuesta
nacional
1995**

- El 35.2% de la población de 12 a 70 años ha fumado tabaco alguna vez en la vida.
- Lo que significa 823.826 personas.
- Mientras que la prevalencia cinco años antes era de 33%.

Cuadro 3

**Edad de inicio en el consumo de tabaco en la población de 12 a 70 años
por grupos de edad, según el sexo.**

Costa Rica 1990 – 1995

Edad de inicio	1990		1995	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
< 12 años	18	18.1	17	11.1
13 – 15 años	31.8	19.3	33.8	24.2
16 – 18	33.5	30.9	30.3	31.7
> 19 años	16.7	31.7	18.9	32.9

N.B: El nivel de confianza de los límites es de 95 % y el denominador en los indicadores es la muestra total

Fuente: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

Res.

En los adolescentes que inician consumo de alcohol y/o tabaco, estas sustancias funcionan como puerta de entrada al mundo de otras sustancias. Presentan mayor prevalencia de consumo de marihuana y de cocaína o crack que los que no lo habían hecho.

La edad de iniciación constituye una variable crítica para los esfuerzos de prevención.

Los adolescentes que empiezan a fumar jóvenes y continúan fumando regularmente, tienen un 50% de probabilidad de morir como consecuencia del tabaco.

El consumo de alcohol y tabaco, y sus efectos, afectan sensiblemente diferentes sectores de la sociedad, de modo que su impacto va más allá del sector salud.

Uno de los problemas que presentan estas drogas es su alto grado de legitimidad y aceptación social y su característica de ser sustancias concebidas para el disfrute.

Esta situación convierte los problemas asociados al abuso en relativamente invisibles, y por ello, difíciles de enfrentar.

3. Anfetaminas (Estimulantes)

Las anfetaminas fueron sintetizadas en 1887, pero se tardó 45 años para descubrir sus efectos **estimulantes** sobre el sistema nervioso central. Son amina simpaticomiméticas que carecen del grupo catecol y se componen principalmente de 3-fenil-isopropilaminas, comúnmente llamadas anfetaminas.

Al igual que en el caso de los medicamentos tranquilizantes, las anfetaminas requieren de una receta especial para su venta. La edad promedio de inicio de consumo de estimulantes fue de 22 años, se observó una mayor experimentación masculina que femenina, una mayor frecuencia de consumo en la zona urbana que en la rural y mayor en personas con edades entre 19 y 40 años y con ingresos medios y altos.

Entre los consumidores de estimulantes, destacan, como elementos motivadores del consumo la necesidad de soportar las demandas de la situación laboral (28%) o la imposición de un determinado ritmo de estudios (35%).

Este tema se ampliará en el capítulo quinto.

4. Benzodiacepinas (Tranquilizantes)

Este tipo de medicamentos requiere de receta especial para su venta. El número de personas que han consumido benzodiacepinas alguna vez en su vida es significativamente mayor en las provincias de San José, Heredia y Limón, es mayor en la zona urbana que en la rural. La experiencia de haber consumido es notablemente mayor entre las personas que durante los doce meses previos presentaron estados de estrés o tensión con frecuencia.

El consumo reciente de este tipo de productos es considerablemente mayor en sectores de ingresos bajos; de hecho, disminuye drásticamente en el sector de altos ingresos. Las razones principales por las cuales los sujetos explican el consumo de tranquilizantes fueron: la ansiedad 30% y como inductores del sueño 46%. El consumo es mayor en mujeres que en hombres; la edad de inicio del consumo fue aproximadamente de 25 años en el año 2000. Siete de cada 10 personas que consumieron tranquilizantes respondieron afirmativamente el intento de dejarlos; una tercera parte de ellos por temor a convertirse en dependientes, y otra tercera parte por el temor a posibles perjuicios para la salud (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, IAFA, 2003).

a. Benzodiazepinas más utilizadas en el sistema nacional de salud:

- Alprazolam (Tafil®)
- Lorazepam (Ativan®)
- Clobazepam (Frisium®, Urbadam®)
- Triazolam (Halción)
- Loracepato de etilo (Victán®)
- Midazolam (Dormicum®)
- Bromazepam (Lexotam®)
- Clonazepam (Rivotril®)
- Flunitrazepam (Rohypnol®)
- Diazepam (Valium®)

b. Clasificación según la vida media

- **Ultrarrápidas:** vida menor de 4 horas (Midazolam, Triazolam).
- **Rápidas:** vida media de 4 a 12 horas (Lorazepam, oxazepam es el más adictivo).
- **Intermedias:** vida media de 12 a 24 horas (lunitrazepam, Diazepam).
- **Lentas:** vida media mayor de 24 horas (Nitrazepam, cloracepato dipotásico).

Estos medicamentos tienen sus indicaciones médicas específicas. El uso en altas dosis está asociado con una serie de manifestaciones.

c. Usos médicos más frecuentes

- Control de la ansiedad
- Irritabilidad
- Tensión
- Insomnio
- Contracturas musculares

Concl.

El grupo de sustancias psicoactivas conocidas como benzodiazepinas son utilizadas ampliamente en nuestro sistema nacional de salud. El abuso en la prescripción-consumo ha conducido a muchos pacientes a la adicción.

Este tema se amplía en el capítulo quinto.

5. Marihuana

La marihuana es una droga ilegal, su producción y comercialización está prohibida en la mayoría de los países del mundo. El uso y abuso en el consumo llevan a la dependencia y se cataloga como una farmacodependencia mundial y, en muchas naciones, constituye un grave problema de salud pública.

La subcultura de la droga se inició como un fenómeno social en la década de los sesentas, en que aparecen los primeros mitos juveniles. Surgen modos y comportamientos que rechazan, sin paliativos, las normas adultas y se promueven comportamientos específicamente juveniles, basados en la solidaridad de los grupos y el rechazo de los valores establecidos. A partir de esto surge una serie de mitos respecto a la marihuana.

Mitos

- La marihuana es inofensiva con respecto de alcohol y al tabaco.
- No es una droga adictiva y no provoca síndrome de supresión.
- Es una droga liviana.
- Ensancha y promueve la creatividad artística y es estimulante sexual.

Todo esto ha creado una información ambigua sobre los efectos de la droga, que promueve en los jóvenes ideales, modelos de vida y estereotipos que los identifican o asocian con el uso de marihuana y refuerzan los mitos y la desinformación.

En Costa Rica el consumo se inicia alrededor de los 17 años, no hay diferencias según sexo, aunque el consumo en los hombres es significativamente mayor que en los mujeres. El consumo es mayor en las provincias de Limón y Heredia. Existe una asociación de consumo de marihuana con tabaquismo y alcoholismo activos (IAFA, 2003).

Este tema se amplía en el anexo No. 1: La persona consumidora de marihuana

6. Cocaína y crack

La adicción a la cocaína implica, como en todas las sustancias psicoactivas, mecanismos que afectan la salud física, mental y emocional e interfieren con el funcionamiento normal de la persona en su vida diaria.

El adicto de hoy proviene de cualquier estrato social, sale todos los días a trabajar y espera ansioso el momento oportuno para consumir. Esta necesidad se hace cada día más frecuente, en detrimento de la vida social, laboral o familiar, hasta que al final lo lleva a abandonar todo.

En los jóvenes, el consumo de cocaína se inicia para adquirir energía y mantenerse despiertos durante mucho tiempo, pero poco a poco y sin darse cuenta, comienza a aumentar el consumo y la necesidad, hasta completar la carrera adictiva.

La edad promedio de inicio de consumo de cocaína en el 2000, fue alrededor de los 19 años. El haber consumido alguna vez, se encuentra fuertemente asociado con el consumo activo de alcohol, marihuana y tabaco, y con la presencia de mayores estados de tensión o estrés. La incidencia en el consumo es mayor en las provincias de San José, Cartago y Puntarenas (IAFA, 2003).

La edad promedio de inicio de consumo de crack es de alrededor de los 22 años en el 2000. El consumo es significativamente mayor en hombres que en mujeres. Existe relación entre el consumo activo de crack con el consumo activo de marihuana y de tabaco; también está asociado con niveles altos de tensión y estrés (IAFA, 2003).

a. Tipos de preparados

a¹. Cocaína

Es una sustancia psicoactiva que modifica la percepción, la sensación, el estado de ánimo y la actividad física y mental. Es el estimulante natural más poderoso.

Se obtiene de las hojas del árbol de la coca, cuyo cultivo es muy rentable, puesto que, en condiciones favorables, al tercer año un arbusto puede dar de 3 a 4 cosechas anuales por 30 o 40 años.

b¹. Pasta de coca

Pasta básica es un polvo que contiene de 40 a 90% de cocaína, otros alcaloides de la hoja de coca y una mezcla de adulterantes químicos. Es un producto intermedio en el proceso de la hoja de coca a la forma de clorhidrato, se le llama la cocaína de los pobres.

c¹. Clorhidrato de cocaína

Es lábil al calor y soluble en agua .La inyección intravenosa o subcutánea puede contener únicamente clorhidrato de cocaína o combinarse en una mezcla con heroína o metadona llamada Speed Ball .

Al clorhidrato de cocaína se le conoce entre los consumidores como **nieve, perico, grapa, blanca nieves, coke, dama blanca, oro blanco.**

Cuando al alcaloide de la cocaína altamente puro se le añade amonio en una solución acuosa y se calienta, se obtiene la base libre o **free base.**

d¹. Crack

Es la cocaína aislada a partir de una solución acuosa después de un tratamiento con bicarbonato de sodio, al fumarse, los cristales que la forman se rompen en pequeñas piezas produciendo un sonido característico (crack), es barata, impura y de baja concentración, también se le conoce como piedra o rock. Es altamente adictiva.

e¹. Bazuco

Es de bajo costo, se fuma, se enrolla en papel periódico como un cigarrillo y suele combinarse con tabaco o marihuana.

Este tema se amplía en el anexo No. 2: La persona consumidora de cocaína y crack

7. Opiáceos

En el estudio del IAFA en el 2003, los derivados del opio que fueron de interés son: el sulfato de morfina, que cuenta con controles estrictos y la codeína y el acetaminofén con codeína, sobre los cuales no existen controles. De las personas que reportaron haber consumido algún medicamento opiáceo, el 85.3% manifestó haberlo hecho con estos dos últimos, y su propósito fue casi exclusivamente aliviar algún dolor. La edad promedio del consumo de estas sustancias fue de 17 años.

Los opiáceos constituyen un grupo de psicotrópicos naturales o químicamente relacionados con el opio, que al igual que éste se obtienen de la planta *papaver somniferum* o adormidera. Se dividen en tres grupos:

Opiáceos

- Naturales: codeína, morfina y tebaína.
- Semisintéticos: heroína.
- Sintéticos: meperidina y metadona.

Al igual que la heroína, se aplica con jeringuillas, por lo que se ha convertido en una fuente de infección del virus del SIDA.

Este tema se amplía en el anexo No.3: La persona consumidora de opiáceos.

8. Sustancias inhalables

Se denominan inhalables a una serie de sustancias químicamente derivadas, caracterizadas todas por ser gases, líquidos volátiles o aerosoles que, al ser absorbidas por la vía pulmonar, producen alteraciones de la conciencia y de las funciones mentales. En general se trata de productos volátiles de uso casero, comercial o industrial .

a. Sustancias inhalables

- Gasolina y otros derivados del petróleo.
- Pegamentos y adhesivos.
- Pinturas lacas y tintes.
- Líquidos limpiadores y quitamanchas.
- Tinturas de zapatos.
- Fluidos para encendedores;
- Tinta para plumones y todo tipo de aerosoles.

Por sus efectos psicotrópicos se deben calificar como fármacos capaces de producir adicción. Existen otros menos comunes de uso farmacológico; que se absorben habitualmente por vía respiratoria:

b. Inhalables de uso farmacológico

- Nitrato de amilo,
- Anestésicos generales
- Ciertos medicamentos administrados en forma de aerosoles.

El hecho de que, casi la totalidad de los inhalables es de venta lícita, de uso cotidiano y que no se identifican habitualmente como fármacos, ha contribuido a que se ignoraran sus efectos durante muchos años. Actualmente se acepta que la magnitud del problema ha aumentado, tanto por la propagación epidémica del consumo como por el número de sustancias químicas de uso casero, comercial o industrial, utilizadas por los inhaladores.

Este tipo de farmacodependencia es casi privativa de los niños y los adolescentes, sobre todo aquellos pertenecientes a comunidades o grupos étnicos o nacionales marginados, lo que aumenta la gravedad del problema, ya que estas sustancias no solo son muy tóxicas para el organismo en desarrollo, sino que el trastorno de la conciencia que provocan interfiere con la recepción de diversos estímulos físicos, emocionales, intelectuales y sociales, lo que conduce a un verdadero estado de detención del desarrollo.

Es un hecho demostrado que, si bien los jóvenes abandonan la inhalación al terminar la adolescencia, esto no significa el abandono de la farmacodependencia, sino el paso a otras drogas o, en los grupos pobres y marginados, a la tradicional farmacodependencia de sus mayores; el alcoholismo.

En Costa Rica la población estudiada en relación con el consumo de inhalables, puede considerarse como una de las de mayores problemáticas sociales del

área marginal de San José. Se caracteriza entre otras cosas por:

**c. Inhalables en
Costa Rica**

- El total de menores comprendidos entre los siete y dieciocho años de edad involucrados en la inhalación de disolventes, alcanza el 12%.
- La sustancia escogida es casi siempre el pegamento de zapatos y en algunos casos el disolvente de pinturas (thinner).
- Por lo general, el primer contacto se produce alrededor de los diez años, y es frecuente que luego se agregue el consumo de marihuana.

Este tema se amplía en el anexo No.4: La persona consumidora de sustancias inhalables.

SEGUNDA

UNIDAD

Marco conceptual del consumo de sustancias psicoactivas

Objetivo de la Segunda Unidad

Aplicar los conocimientos teóricos en el abordaje integral del consumo de sustancias psicoactivas y sus implicaciones en la salud individual, familiar y social.

I. LA ENFERMEDAD ADICTIVA

El primer paso en la recuperación de las adicciones es la conciencia progresiva y la comprensión de la magnitud del problema.

Dr. Keneth Avila



Identificar el consumo de sustancias psicoactivas como una enfermedad y como un proceso que conduce al deterioro y ofrecer alternativas de recuperación.

A. ASPECTOS GENERALES

A principios del siglo XXI se considera que la comunidad científica ha intensificado los estudios, las investigaciones y las capacitaciones de personal voluntario y de salud y ha utilizado una cantidad considerable de recursos económicos para la promoción de estilos de vida saludables y para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las personas adictas o en riesgo.

Sin embargo, lo anterior es solamente un aspecto del fenómeno, ya que existen otros grupos que niegan el proceso adictivo y le dan connotaciones místicas y míticas. Esta sucesión de eventos es tan vieja como la humanidad misma. Su descripción se encuentra en los proverbios bíblicos y en otros libros de la antigüedad.

En el presente, parte de la población mantiene la creencia de que la fuente original de la dependencia a las sustancias lícitas e ilícitas, está representada por los conflictos que los niños y las niñas vivieron durante su desarrollo, y se piensa que el primer paso para la recuperación puede ser la intervención psicológica. Sin embargo, la gente no se percató de que la dependencia se instaura por múltiples causas, que durante el desarrollo del proceso, le dan identidad propia y la convierten en una enfermedad en sí misma y no en parte de otra.

**Enfermedad
adictiva
(Concepto)**

Es un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos, que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida auto administración que, a menudo, lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia” (DMS IV, 1995).

B. PROCESO DE LA “CARRERA ADICTIVA”

Se distinguen dos tipos de factores para que se inicie la carrera adictiva: los factores determinantes y los factores influyentes.

1. Factores determinantes

Los factores determinantes son siete: el uso, el abuso de sustancias, la dependencia, la progresividad, la recaída, la negación y la cronicidad.

a. Uso

El desarrollo de la enfermedad tiene su inicio en el momento en que el individuo realiza el acto de darse permiso para usar la primera dosis de la sustancia psicotrópica elegida. En ocasiones, esta acción se realiza para estar a la moda, para experimentar, por presión del grupo de referencia y ,también, para imitar patrones locales y foráneos. Si el uso se mantiene en forma sutil o manifiesta, el consumidor pasa a la etapa del abuso.

**b. Abuso de
sustancias
(Concepto)**

Consiste en un patrón desadaptativo de consumo de sustancias, manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetitivo de sustancias. Puede darse el incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes (DSM-IV, 1995).

Con el uso y el abuso, el consumidor inicia la dependencia, que se lleva a cabo en tres actos relevantes: dependencia del grupo de referencia, dependencia psicológica y dependencia física.

c. La dependencia

a¹. Dependencia al grupo de referencia.

El grupo logra que cada miembro cumpla con el mandato de usar la sustancia en forma experimental, sin saber que, un porcentaje considerable, pasa al abuso y dependencia de la droga.

b¹. Dependencia psicológica

Dependencia psicológica (Concepto)

Es la condición en la cual una droga produce sentimientos de satisfacción y motivación psíquica, que requiere de una administración periódica o continua de la droga para producir placer o para evadir el malestar” (Souza, 1997).

Un porcentaje considerable de los miembros del grupo pasa sin darse cuenta, a establecer el consumo, como el eje central de su existencia: ¿cómo, cuándo y donde voy a consumir? Las demás acciones de su vida como las relaciones interpersonales, familiares, económicas, de trabajo y otras, giran alrededor de esta idea central.

c¹. Dependencia física

Tal como se ha señalado en el concepto de enfermedad adictiva, el consumo de sustancias psicoactivos conduce a la **dependencia física**, en los términos en que en dicho concepto se indica.

En este episodio el sujeto pierde la capacidad de detenerse, una vez que inicia el contacto con la droga, continúa usándola a pesar de los efectos adversos que ejerce en su organismo y en sus relaciones con la sociedad.

Ej.

Julián es un estudiante de 14 años que cursa octavo año y niega practicar el consumo de drogas, sin embargo se ausenta del colegio y sus compañeros lo han visto consumir marihuana con un grupo de amigos del barrio, que no estudian ni trabajan. La orientadora lo entrevista y finalmente Julián confiesa que, no puede dejar de consumir porque se siente mal físicamente e incluso ha llegado a robar para adquirir la droga.

d. Progresividad

Progresividad (Concepto)

Se trata de una condición fisiológica definida en términos de adaptación de los sistemas de la economía corporal, ante la presencia e interacción constante de un psicotrópico. Este fenómeno se caracteriza por la instauración de mecanismos compensatorios, que permiten el funcionamiento relativamente normal de los órganos y sistemas corporales, aún en presencia de altas concentraciones plasmáticas de diversas sustancias.

En su carrera adictiva, el sujeto va a necesitar cada vez mayor cantidad de la droga, para sentir el mismo efecto que cuando inició su uso. Este fenómeno se llama **tolerancia**.

Tolerancia (Concepto)

Es el estado en el que, la administración repetida de la sustancia conduce a un menor efecto” (DSM-IV, 1995)

La tolerancia se expresa a nivel clínico como una disminución de los síntomas producidos por la intoxicación, que demanda el incremento de las dosis para producir efectos semejantes.

Cuando la tolerancia disminuye, la intensidad del reforzamiento producido por el fármaco, como ocurre en muchos casos, la dependencia psicológica llega a ser el factor dominante de la conducta de búsqueda y mantenimiento del consumo del psicotrópico. Esta condición se reconoce como un anhelo o deseo imperioso. Cabe señalar que se trata de un término traducido del inglés: Craving, de aceptación internacional

Ej.

Antonio es un agente de ventas de 42 años, que a los 35 años inició el uso de “una línea de cocaína” para “sentirse mejor” en su trabajo, luego agregó el consumo de 2 cervezas al medio día “para almorzar” y, actualmente, requiere 2 gramos de cocaína y 6 cervezas para sentirse “bien”.

e. Recaída

Recaída (Concepto)

Es cualquier violación discreta de una regla autoimpuesta o de un grupo de reglas, que gobiernan la tasa o patrón de cierto comportamiento (DSM IV, 1995).

En la recaída existen situaciones de alto riesgo que el consumidor y su familia deben tener presentes para poder controlarlas. Algunas de estas situaciones son:

Situaciones de riesgo

- **Estados emocionales negativos:** frustraciones, ira, ansiedad, depresión y aburrimiento.
- **Conflictos interpersonales:** en el matrimonio, con las amistades, con otros miembros de la familia, disputas y confrontaciones interpersonales.
- **Presión social:** situaciones en las que el individuo responde a la influencia de otra persona o grupo de personas, que ejercen presión para involucrarla en el comportamiento proscrito (DSM IV, 1995).

En la recuperación del adicto, tanto él como su familia deben recibir la información necesaria sobre el fenómeno de la recaída para prevenirla.

Ej.

Mauro es un adulto de 52 años con una historia de alcoholismo desde los 20 años. Estuvo dos meses en un hogar de recuperación de personas consumidoras, egresó y estuvo sobrio 6 meses. Hubo un conflicto policial con uno de sus hijos y reinició el consumo, la familia informa que no asistió a los grupos de autoayuda cuando egresó del hogar de recuperación.

f. La negación

Al enfermo adicto se le dificulta aceptar la carrera adictiva que ha ido construyendo en el tiempo, así como el deterioro que ésta le produce en las diferentes áreas funcionales de su vida.

Negación (Concepto)

Invaldar una parte desagradable o no deseada de la información o de la experiencia vital como si no existiera ((DSM IV, 1995).

Se infiere cuando un individuo se comporta como si no se diera cuenta de algo que, razonablemente, debe conocer

Para el terapeuta es un arduo trabajo romper con este mecanismo defensivo, que siempre está aparejado con otro, el de *la racionalización*. Ambos representan en el adicto la justificación para la permanencia de la conducta adictiva.

Ej.

Retomando el caso de Julián, la orientadora llamó a la madre para informar del ausentismo y el bajo rendimiento escolar de su hijo, asociado con el consumo de marihuana. Ante esta información, la madre lo niega, se enoja y amenaza con reportar a la profesora. Al interrogar al joven, también niega el consumo, a pesar de las evidencias.

g. Cronicidad

La palabra crónico proviene del griego *Khronos*, que significa tiempo.

La cronicidad se expresa en la permanencia de una determinada condición en la persona, por ejemplo la enfermedad. En materia de adicciones, por razones de cronicidad, la dependencia es un fenómeno permanente, cuya máxima manifestación es la pérdida de control sobre el consumo habitual de sustancias (dependencia física).

Ej.

Retomando el caso de Antonio, actualmente vive en la calle, perdió el trabajo, no tiene contacto con la familia, vive con otros adictos y presenta trastornos que lo han llevado a un deterioro físico, laboral y económico, por lo que es prácticamente un indigente.

Concl.

La cronicidad acompañará al adicto durante toda su vida, igual que lo hacen otras enfermedades crónicas (diabetes mellitus, esquizofrenia, hipertensión esencial, osteoartrosis degenerativa y enfermedad de Parkinson entre otras).

Por lo expuesto, es necesario que la persona adicta y su familia tomen conciencia de este aspecto de la enfermedad, pues así encaminarán el proceso de rehabilitación hacia el compromiso de la abstinencia total, para lograr la recuperación integral del grupo familiar.

Res.

Los siete elementos descritos hasta ahora, que son el uso, el abuso, la dependencia, la progresividad, la recaída, la negación y la cronicidad; constituyen los factores determinantes en la enfermedad adictiva.

2. Factores influyentes

Se identifican cuatro factores que pueden influir en la adquisición de una enfermedad adictiva: genéticos, psicológicos, familiares y socioculturales.

a. Factores genéticos

Investigaciones recientes sugieren que el factor hereditario está involucrado en el uso y el abuso del alcohol, la cocaína y otras drogas lícitas e ilícitas. Sin embargo, es preciso realizar más estudios para obtener mejor evidencia.

Entre los estudios hasta ahora realizados, están los siguientes:

a¹. Síndrome de deficiencia gratificante o compensatoria (Bertram, 2001).

En esta investigación se describió que la anomalía genética que se encontró asociada con el alcoholismo, está presente también en personas que tienen asociación o desórdenes impulsivos o compulsivos.

Biología de la gratificación

- En el transcurso de las últimas décadas la investigación de la base biológica de la dependencia química, ha sido capaz de establecer algunas regiones del cerebro y los neurotransmisores involucrados en la gratificación.
- Al parecer, la dependencia al alcohol, a los opiáceos y la cocaína, se relaciona con un mecanismo bioquímico común.
- El alcohol también puede activar directamente la producción de neuroaminas que interactúan en los receptores opiáceos o con sistemas dopaminérgicos.
- El estrés prolongado o el abuso de alcohol por mucho tiempo, puede conducir a un patrón autosostenido de ansias anómalas, tanto en humanos como en animales.

Concl.

En el estudio se sugiere que el factor hereditario está involucrado en el uso y abuso de la cocaína, el alcohol y otras drogas lícitas e ilícitas.

b¹. Estudio de gemelos y adopciones.

Dos métodos importantes para investigar la herencia del alcoholismo son los estudios de gemelos y los de adopciones (Pickens, 1991). Los estudios de gemelos comparan la incidencia de alcoholismo en gemelos idénticos con la de gemelos fraternos (Hrubec, 1981, Pickens, 1988).

a². Estudio de gemelos

Uno de estos estudios fue hecho por Pickens y colaboradores, estudiaron 169 pares de gemelos y encontraron una mayor concordancia de dependencia al alcohol en gemelos idénticos que en gemelos fraternos (Pickens, 1991).

b². Estudio de adopciones

Los estudios en niños adoptados muestran un trastorno biológico del problema de alcoholismo en los padres biológicos, y evidencian una tendencia alta hacia el abuso de drogas ilícitas en esta población (Goodwin, 1974. Cloninger, 1981. Bohman, 1981).

Concl.

Existe evidencia acerca del rol de la expresión genética alterada, como la manifestación última de neuroadaptación en la adicción a los opiáceos y cocaína y la importancia del refuerzo del sistema dopaminérgico como sustrato de la mayoría de drogas de abuso (Nestler, Fitzgerald, 1995).

b. Factores psicológicos

Según la experiencia clínica de expertos, es riesgoso hablar de una personalidad adictiva, ya que algunos de los rasgos que caracterizan a un adicto, como la dependencia, la inseguridad, la ansiedad, la poca tolerancia a la frustración y la inmadurez, entre otros, también los pueden presentar otros grupos que no son consumidores de sustancias psicoactivas. Sin embargo, estos rasgos caracterológicos mencionados al inicio respecto del uso y abuso de las drogas, se convierten en un terreno propicio para el establecimiento de una carrera adictiva.

a¹. Existe una personalidad adictiva?

De acuerdo con el estudio prospectivo, no parece existir un estilo de personalidad predictiva de alcoholismo (Vaillant, 1984). Se ha encontrado relación entre la existencia de problemas agresivos e impulsivos en adolescentes y futuros problemas con la bebida (McCord y McCord, 1960).

b¹. Psicodinamia del adulto adicto

Se centra en el déficit estructural y del desarrollo. Se ha establecido una conexión entre el papel de las defensas del yo, los déficit defensivos, la experiencia afectiva y el abuso de las sustancias y el alcoholismo (Galanter, 1997).

Dodes hace hincapié en el sentido de desesperanza e incapacidad del individuo adulto, a menudo expresados ante afectos intolerables, y la necesidad que siente de restaurar, mediante el uso de sustancias, la sensación de capacidad y control. El objetivo es el control farmacológico o el cambio del estado afectivo, a pesar de los previsibles efectos psicológicos, comportamentales o fisiológicos del alcohol o de otra sustancia (Dodes, 1990).

c¹. Psicoanálisis y conducta adictiva.

La teoría psicoanalítica puede representar un importante papel para enriquecer y aumentar la información sobre el tratamiento de abuso de sustancias y mejorar la relación terapéutica. Sin embargo, la aplicación rígida de la técnica psicoanalítica tiene poca utilidad en el tratamiento de uso y abuso de sustancias y puede ser contraproducente (Galanter, 1997).

c. Factores familiares

La familia ha sido tradicionalmente la comunidad básica en el contexto social y cultural de la humanidad, insustituible y necesaria, que impone en forma indeleble el molde sociocultural y el nivel de la salud mental en las generaciones sucesivas

El abuso de las drogas suele originarse en la adolescencia. Está asociado con el proceso normal, aunque difícil, del crecimiento, la experimentación de nuevas conductas, la autoafirmación, el desarrollo de relaciones íntimas con gente ajena a la familia y el abandono del hogar (Souza, 1997).

a¹. Patrones de interacción familiar.

Diversos estudios (Souza, 1997) han descrito algunos patrones interaccionales de las familias de adictos, como los siguientes:

a². Adictos masculinos

- La madre está involucrada en una relación indulgente, apegada, sobreprotectora y abiertamente permisiva con el adicto, quien ocupa la posición de hijo preferido.
- El padre en general es distante, desapegado, débil o ausente.
- Las relaciones padre-hijo son descritas como negativas, con una disciplina ruda e incoherente.
- Un número alto de padres ingieren alcohol con frecuencia. Schwartzman (citado por Pittman, 1990) describe dos tipos de padres adictos:
 - un “hombre de paja” autoritario y violento pero fácilmente controlado por la madre y
 - un tipo distante que está claramente en segundo lugar de autoridad en la familia.
- En la mayoría de los casos, el padre parecía más contrariado por la adicción del hijo, mientras que la madre tendía a minimizarla.

b². Adictas femeninas

En contraste con los varones, las mujeres adictas parecen estar en abierta competencia con las madres; a los padres los caracterizan como ineptos, indulgentes, sexualmente agresivos y frecuentemente alcohólicos. La probabilidad de incesto es alta.

c². Perfil de la familia

- En cierto sentido las familias de adictos parecen similares a otras familias con disfunciones severas; sin embargo, se han encontrado ciertos rasgos específicos como:
- Mayor frecuencia de dependencia química multigeneracional, en especial de alcohol.
- Los adictos tienden más a la creación de fuertes relaciones externas y a refugiarse en ellas.
- Estas familias parecen más primitivas y directas en la expresión del conflicto; con frecuencia hay violencia física entre los cónyuges y hacia los hijos.
- Frecuentemente estas familias son amalgamadas y revelan un alto grado de conducta "infantilizante" hacia el adulto adicto.

* Infantilizante: que lo hace parecer infantil

Concl.

En general, el adicto es desechado como persona y la familia se siente impotente, a menudo se culpa a factores externos (los amigos o el vecindario) como causantes del problema. Frecuentemente, también, se identifica a la droga como el problema familiar más importante, y se dejan de lado otros factores que seguramente existen.

d. Factores socio-ambientales

Según la experiencia clínica de expertos consultados, en la comunidad existen factores protectores y factores de riesgo.

a¹. Los factores protectores

Se refieren a estilos de vida saludables, que evitan el incremento de consumidores potenciales y experimentales.

Con preocupación hay que reconocer que, en el país, existen pocos grupos comunitarios protectores. En contraposición se encuentran comunidades donde se resiente el impacto del incremento en el consumo.

Sobre el particular se enfocarán tres elementos que pueden convertirse tanto en factores de riesgo como en factores protectores en cuanto al uso o abuso de drogas: medios de comunicación colectiva, gobiernos locales y la policía.

a². Medios de comunicación colectiva

En ocasiones, se encargan de divulgar propaganda de drogas lícitas que estimulan en la población el consumo del producto. También se da información y se proyectan cintas que transmiten el uso de drogas ilícitas en forma directa o subliminal, sugestivas para que las personas se inicien en el proceso de la dependencia.

En contraposición, estos mismos medios pueden convertirse en un importante recurso en la promoción de estilos de vida saludables y en la prevención del uso y abuso de drogas.

b². Gobiernos locales

Amparados por la ley, autorizan patentes para la venta de licores, con lo que favorecen el acceso de los sujetos a los expendios de licor, sin cuestionarse si son necesarias más cantinas y bares en la comunidad.

En contraposición, estos gobiernos locales podrían invertir recursos para la promoción y prevención de la drogadicción, bajo diversas modalidades y con énfasis en la población joven, por medio del sistema educativo formal, en coordinación con organizaciones no gubernamentales, promoviendo la creación de espacios recreativos, deportivos y culturales para la comunidad, entre otros.

c². La policía

En ocasiones tolera los lugares donde se expenden drogas ilícitas o se vende licor y tabaco a menores y a intoxicados, lo que favorece que el niño, el adolescente y el adulto mayor, tengan fácil acceso al consumo del producto.

En contraposición, los oficiales de policía podrían convertirse en promotores de estilos de vida saludables, previa capacitación, para ayudar en la prevención de la farmacodependencia.

Además, existen otros factores de riesgo familiares y sociales relacionados con el uso y abuso de psicotrópicos.

b¹. Factores de riesgo

- Alcoholismo materno, paterno o de ambos.
- Uso familiar episódico intenso de alcohol o psicotrópicos.
- Historia familiar de alcoholismo.
- Historia familiar de conducta antisocial
- Antecedentes de abuso infantil, intrafamiliar o extrafamiliar
- Familiares con escasas habilidades paternofiliales
- Dificultades en las relaciones familiares.
- Uso de psicotrópicos en los hermanos, en la familia o los amigos cercanos.
- Deficiente o escaso aprovechamiento escolar
- Enajenación y rebeldía.
- Psicopatología, especialmente depresión.
- Alteraciones conductuales como la vagancia, la baja empatía hacia los demás, la poca tolerancia a la frustración, la búsqueda constante de nuevas sensaciones, la insensibilidad al castigo, etc.
- Desorganización estructural-funcional en la comunidad
- Conducta antisocial.
- Baja o nula religiosidad
- Confusión y pérdida de valores
- Uso de alcohol y experimentación con psicotrópicos a edades tempranas
- Conductas sexuales precoces
- Violencia familiar
- Problemas emocionales y de conducta en los hijos.
- Escaso rendimiento laboral y frecuentes ausencias por enfermedad.
- Desempleo.
- Accidentes de tránsito.
- Problemas legales, básicamente por alteración del orden público y delitos menores, pero también fraude, delitos sexuales y violentos (incluso asesinato).

Concl.

Cuanto mayor sea la protección social al grupo familiar, tanto más sanos serán los jóvenes. Es necesario recalcar que los factores descritos en este apartado no son determinantes en la carrera adictiva, sino que influyen en sus manifestaciones y desarrollo.

Además de los factores determinantes e influyentes, existen otras características del proceso, como el deterioro de las áreas funcionales.

3. Deterioro de las áreas funcionales

En forma sucinta se han descrito los elementos que van formando la carrera adictiva, en este recorrido el individuo deteriora, en forma secuencial, las diferentes áreas funcionales de su diario vivir: familiar, laboral, económica, psicológica, física, sexual y recreativa.

a. Área familiar

El consumo de sustancias psicoactivas afecta profundamente la dinámica familiar. Esta disfunción afecta con menor o mayor intensidad a cada miembro de la familia. La ansiedad, la depresión y otros elementos como el cambio de roles, el dolor, la desintegración, el caos y la falta de conciencia, son los que llevarán a los miembros hacia la disfunción familiar.

Impacto en la dinámica familiar

- **La ansiedad**, surge como primer elemento. Cada miembro de la familia la experimenta en forma individual, sin manifestarla ante los demás; cuando lo hace es porque está viviendo la etapa de la depresión.
- **La depresión**, episodio que sirve para que cada uno asuma un rol identificado como:
 - la indiferencia al problema o por el contrario
 - el enfrentamiento al problema buscando ayuda para el enfermo,

Otra posición del grupo familiar es

- la aparición de los trastornos de aprendizaje, y de conducta. Si el esposo es el adicto, la esposa toma el poder para tratar de retardar un poco el caos en que se convierte la dinámica familiar.

Concl.

Con los elementos descritos, el grupo familiar es el terreno propicio para la desintegración, se pierden las normas, los principios y la disciplina y se incuban el resentimiento y el dolor, lo que les impide la concientización del deterioro alcanzado e impide así el inicio de la recuperación individual y grupal.

b. Área laboral

Mentiras, justificaciones, llegadas tardías, ausencias, incapacidades médicas, suspensiones y en la mayoría de los casos la pérdida del trabajo, es el panorama del trabajador adulto adicto.

Actores que participan

- La esposa, por temor a la pérdida del trabajo de su pareja se monta en el carrusel de las mentiras, sin saber que al apoyar esta conducta favorece la ingesta.
- El médico, en muchas ocasiones extiende una incapacidad (los lunes se multiplican) por gastritis agudas, hematemesis, diarreas, contusiones, fracturas y más, sin especificar en el expediente clínico la causa original de la patología diagnosticada, la cual se debe relacionar con el consumo de drogas
- El jefe inmediato, por falta de conocimiento, por omisión o por complicidad, difícilmente previene el proceso y no es sino hasta que el problema trasciende a la jefatura superior, que toma cartas en el asunto.

c. Área económica

En cualquier edad del adicto, el déficit económico es relevante, la familia sufre las consecuencias inmediatas debido a que el presupuesto familiar es lo primero que se afecta. Otra consecuencia en el hogar es el robo de los valores con que cuentan, incluso no importa la situación económica, pues se gasta proporcionalmente a lo que se tenga, si no hay flujo en efectivo se inicia el proceso de los préstamos, los cuales no se pueden cancelar y se presentan las amenazas y agresiones de los facilitadores del dinero o la droga.

d. Área psicológica

De las pocas situaciones que el consumidor se percata en su carrera adictiva, es del cambio progresivo en su conducta, que lo lleva a tornarse aislado, sensible, irritable, ansioso y deprimido, sintomatología que le impide mantener un comportamiento adecuado.

e. Área física

Las adicciones, a mediano o largo plazo, producen deterioro en los diferentes sistemas del organismo, los primeros en afectarse son el sistema digestivo, el sistema nervioso central, el sistema cardiopulmonar y luego los demás sistemas.

Complicacion es asociadas

Algunas de las patologías que se encuentran en la carrera adictiva son: esteatosis hepática, hepatitis alcohólica, cirrosis hepática, pancreatitis aguda, desnutrición, encefalopatía, choque cardiogénico con fibrosis cardiovascular, endocarditis, infección e infestación en la piel, casos precancerosos y otros.

f. Área sexual

En este apartado es necesario revisar varios aspectos del deterioro en ambos sexos.

a¹. En el hombre

En determinado momento de la carrera adictiva, se presenta disfunción sexual en dos campos importantes: la eyaculación precoz y tardía y la alteración en la erección. La presencia de esta sintomatología durante la actividad adictiva es irrelevante, pero se convierte en una fuente de angustia cuando el adicto inicia el proceso de recuperación. La angustia disminuye cuando se le aclara que, conforme avanza la rehabilitación, la disfunción sexual disminuye.

En el género femenino hay que tomar en cuenta tres situaciones importantes en el área sexual: la mujer adicta, la pareja del adicto y la celotipia.

g. Área recreativa

b¹. La mujer adicta

Se ha creído que es proclive a la promiscuidad sexual, lo que es un mito; en ella la pérdida de interés por el sexo se instaura paulatinamente, hasta que llega a la frigidez franca. Este grupo frecuentemente practica el sexo con el único objetivo de obtener la droga o el dinero para comprarla.

c¹. La pareja del adicto

Si algún actor en el escenario de la carrera adictiva es agredido, es la pareja del adicto, se le obliga a mantener relaciones sexuales en un ambiente donde reina el caos y el dolor, lo que da como resultado un estado de frigidez y resentimientos difíciles de resolver, que se mantienen incluso en el período de recuperación.

d¹. La celotipia

El enfermo adicto es disfuncional en el área sexual, por lo que inicia una serie de fantasías extramatrimoniales de su pareja, situación que produce una agresión permanente.

Cuando la carrera adictiva progresa, la recreación en la familia del adicto se convierte en una actividad desagradable, puesto que toda acción que se realiza va relacionada con la droga: “recreación = droga, droga = recreación”, los miembros abstemios del grupo llegan a rechazar toda actividad recreativa en que participe el adicto.

h. Área espiritual

No por abordarla de último carece de importancia. El individuo adicto en su trayecto abandona todo lo relacionado con la creencia de un Ser Superior, tan importante para sensibilizarlo en el camino hacia la recuperación.

II. CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y DIAGNÓSTICO DE LA PERSONA CONSUMIDORA



Identificar las principales sustancias psicoactivas y los diagnósticos más frecuentes derivados de su consumo.

A. CLASIFICACIÓN DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

El médico general en el primer nivel de atención, que recibe pacientes consumidores de sustancias psicoactivas, debe contar con los conocimientos básicos sobre la clasificación de las drogas, para emitir un diagnóstico y pronóstico acertados que le permitan realizar intervenciones oportunas y precisas, en favor del consumidor y su familia.

La clasificación de las sustancias puede realizarse de diversas formas lo que depende del interés que se tenga.

Clasificación de las sustancias

- **Los organismos judiciales** las clasifican en: controladas, no controladas; legales, ilegales, lícitas e ilícitas.
- **Las industrias** las clasifican de acuerdo con el uso: medicamentos, alimentos, etc.
- **Por su origen** se pueden clasificar en: naturales, sintéticas y semisintéticas.
- **Según su efecto sobre el sistema nervioso central.** Depresoras, estimulantes y alucinógenas.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) existen nueve tipos de sustancias psicoactivas generadoras de trastornos mentales y del comportamiento.

En este apartado se abordará la clasificación del CIE-10, por ser la utilizada en la Caja Costarricense de Seguro Social.

a. Sustancias psicoactivas según CIE-10

- Alcohol
- Opioides
- Cannabinoides
- Sedantes e hipnóticos
- Cocaína
- Cafeína
- Alucinógenos
- Tabaco
- Disolventes volátiles

Estas sustancias se abordarán con mayor detalle en la quinta unidad y en los anexos de este módulo.

B. DIAGNÓSTICO EN LA PERSONA CONSUMIDORA

Para realizar el diagnóstico del sujeto consumidor de drogas se cuenta con diferentes clasificaciones diagnósticas, dos de ellas son: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)

A continuación se exponen conceptos generales de estos manuales, aplicables a situaciones comunes a cualquier sustancia. En la quinta unidad y los anexos se expondrán los contenidos específicos.

1. Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM - IV).

Se adjunta documento en carpeta DSMIV.

a. Componentes que incluye el manual

- **Nosológicos:** nombres para cada categoría
- **Taxonómicos:** cada categoría es mutuamente excluyente, comportamiento exhaustivo.
- **Estadísticos:** organiza datos para la selección e integración de categorías.

b. Categorías

- **Desórdenes por uso de sustancias:**
 - Abuso
 - Dependencia
- **Desórdenes inducidos por sustancias:**
 - Intoxicación
 - Síndrome de abstinencia o supresión
 - Delirio
 - Demencia persistente
 - Amnesia persistente
 - Trastorno psicótico
 - Trastorno afectivo
 - Trastorno de ansiedad
 - Disfunción sexual
 - Trastornos del sueño

a¹. Abuso de sustancias

El abuso en el consumo de psicotrópicos define por lo general un patrón de consumo desadaptativo diferente al que se produce en el caso de la dependencia, y se caracteriza esencialmente por el uso continuo de un fármaco a pesar de que el sujeto está consciente de tener un problema causado o desencadenado precisamente por su uso.

Criterios generales de abuso (Uno o más presentes)

- Uso frecuente de la sustancia que lleva a fracaso en los asuntos laborales, académicos o en el hogar.
- Uso recurrente en situaciones que llevan a un peligro físico.
- Problemas legales recurrentes relacionados con el consumo.
- Uso continuado de la sustancia a pesar de los problemas sociales o interpersonales recurrentes o persistentes, causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.
- Si existe síndrome de abstinencia o compulsión y marcada tolerancia, se debe clasificarse como **dependencia**.

Ej.

- Un estudiante que consume cocaína los fines de semana y, debido a sus consecuencias, se ausenta uno o dos días de clases. No hay otro síntoma.
- Un hombre de edad mediana que con frecuencia conduce automotores en estado de ebriedad. No hay otro síntoma.

b¹. Dependencia

Para diagnosticar dependencia deben estar presentes tres o más de los siguientes criterios generales:

- Consumo de la sustancia en mayor cantidad o por un período largo, más allá de lo esperado.

Ej.

La persona decide tomarse un trago pero después del primero, continúa tomando hasta la intoxicación.

- Deseo persistente y uno o más intentos infructuosos para reducir, controlar o discontinuar el uso de la sustancia.

Ej.

La persona se propone no tomar en una fiesta a la que asistirá, pero al cabo de unas horas ya ha tomado varios tragos.

- Las actividades sociales, ocupacionales y recreativas son reducidas o desplazadas por el uso de las sustancias.

Ej.

El joven deportista que cada día entrena menos porque está consumiendo drogas.

- Uso constante de la sustancia a pesar de problemas sociales, psicológicos o físicos persistentes, causados o exacerbados por la droga.
- Marcada tolerancia.
- Síndrome de supresión o abstinencia.

En la dependencia se incluye la **tolerancia y el síndrome de supresión**, aunque no siempre aparecen.

Algunas personas con tolerancia y síndrome de supresión no pueden clasificarse como dependientes.

Ej.

Un paciente sometido a cirugía, que desarrolla tolerancia a los medicamentos prescritos y presenta síndrome de supresión, pero que de ningún modo manifiesta pérdida de control del uso de opioides.

De igual manera puede presentarse el caso contrario, un consumidor habitual de marihuana que ha perdido el control de su uso, sin presentar signos de tolerancia o síndrome de supresión.

c¹. Supresión y abstinencia

Síndrome de Supresión o Abstinencia (Concepto)

Cambio conductual y adaptativo, con manifestaciones fisiológicas y cognitivas, que ocurre cuando las concentraciones disminuyen o se suspenden, después del consumo fuerte y prologando de una sustancia. (DSM-IV-1995).

Criterios para diagnosticar supresión o abstinencia

- Cumplir los criterios generales de abstinencia:
 - Evidencia de reciente suspensión o disminución del consumo de una sustancia capaz de producir dependencia, después de un consumo repetido y habitualmente prolongado, o a altas dosis.
 - Síntomas y signos compatibles con el cuadro clínico conocido de un síndrome de abstinencia a una sustancia (as), según sea (n) ésta (s)
 - Los síntomas y signos no se justifican por ningún otro trastorno mental o del comportamiento.
- Presentar un número mínimo de signos físicos y psicológicos, por lo general de dos (2) a tres (3) propios de la (s) sustancia (s) consumida (s), según sea (n) ésta (s).

2. CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES CIE-10

Se adjunta documento en carpeta DSMIV.

a. Síndrome de intoxicación: Se entiende genéricamente, el conjunto de manifestaciones clínicas (síntomas y signos) que definen un estado mórbido particular, producido por uno o diferentes factores juntos o por separado. Cuando este síndrome es de intoxicación por psicotrópicos se alude al estado agudo, crónico o crónico agudizado que se experimenta como consecuencia del consumo reciente de uno o varios de ellos, y que produce alteraciones psicofísicas asociados a los niveles sanguíneos. La severidad de la intoxicación es resultado de la dosis, así como de otras condiciones simultáneas en las cuales se utiliza el fármaco.

Criterios generales para diagnosticar síndrome de intoxicación

- Presencia clara de consumo reciente de alguna sustancia psicoactiva, en dosis suficientemente elevadas como para poder dar lugar a una intoxicación.
- Síntomas o signos de intoxicación compatibles con el efecto de la sustancia o sustancias, de la suficiente gravedad como para producir alteraciones en el nivel de conciencia, estado cognitivo, percepción, afectividad o comportamiento, de relevancia clínica.
- Los síntomas y signos no pueden ser explicados por ninguna enfermedad médica no relacionada con el consumo de la sustancia ni por otro trastorno mental o del comportamiento.
- La intoxicación ocurre frecuentemente en personas que presentan, además, problemas relacionados con el consumo de otros psicotrópicos.
- Se deben tener en cuenta los problemas como el consumo perjudicial, el síndrome de dependencia y el trastorno psicótico.
- Debe existir un comportamiento alterado evidente por la presencia de, al menos, uno de los síntomas desadaptativos de intoxicación, específicos de cada una de las sustancias.
- Debe existir, al menos, uno de los síntomas físicos de intoxicación específicos de cada una de las sustancias.

b. Interacción farmacológica

Interacción farmacológica (Concepto)

- El término se refiere al efecto de potenciación o antagonismo según sea el caso, que dos o más fármacos producen al actuar sobre el sistema nervioso central.
- El efecto sinérgico de dos medicamentos químicamente diferentes (pero que comparten, entre sí, propiedades farmacológicas) puede exacerbar un episodio de intoxicación, con incremento de la severidad y la gravedad de este. (CIE-10).

TERCERA UNIDAD

Intervenciones para la promoción y prevención

Objetivo de la Tercera Unidad

Diseñar y ejecutar los planes de intervención necesarios para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el nivel local de salud.

I. ASPECTOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN LAS ADICCIONES

o

Identificar las estrategias de promoción y prevención para disminuir el consumo de sustancias psicoactivas como problema de salud pública.

A. LA PROMOCIÓN

1. Estilos de vida

En las adicciones, el propósito de la promoción de la salud es el desarrollo de estilos de vida saludables, libres de consumo perjudicial de sustancias psicoactivas. (Véase Módulo No. 2)

Estilos de vida (Concepto)

Conductas individuales que son fuertemente influenciadas por el contexto social, económico, político, cultural y ambiental (Munis, M. 1998).

Para lograr modificaciones en los estilos de vida, es necesario actuar sobre las personas y sobre el entorno. La promoción de la salud en las adicciones, procura el fomento de **factores protectores** en la población.

2. Factores protectores (Concepto)

Circunstancias o eventos personales y sociales, cuya presencia disminuye la probabilidad de que se presente el problema de dependencia a sustancias psicoactivas (Munis, M. 1998).

Ej.

Los valores, la familia, la autoestima, la educación, el buen uso del tiempo libre, la práctica de deportes, la cultura, la construcción de un proyecto de vida y las amistades, entre otros.

3. Herramientas para la promoción de la salud

El médico general en el primer nivel de atención, además de proveedor de un servicio, puede y debe actuar como “**promotor de la salud**”. Tiene que Informar y orientar a los usuarios sobre los beneficios de los estilos de vida saludables. En este caso de las bondades de vivir libre del uso de drogas. Para ello, debe utilizar como herramientas las siguientes:

Herramientas

Información, educación, comunicación, participación comunitaria y las políticas nacionales de salud.

Ej.

Educación individual y de grupos mediante el uso de técnicas como: videos, manuales de apoyo, talleres y cursos, entre otros.

B. LA PREVENCIÓN

Para el tratamiento de los temas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, en Costa Rica se utiliza el modelo de **prevención integral CICAD-OEA** con la estrategia de **habilidades para la vida**.

La diferencia con los otros enfoques de prevención (médico sanitario entre otros), es que ellos enfatizan en las drogas y sus efectos, mientras que el de prevención integral enfatiza en el ser humano y su crecimiento.

1. Modelos en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas

a. Prevención (NIDA)

Este modelo tiene tres enfoques de abordaje: universal, selectivo e indicado.

Prevención (NIDA)

- **Universal:** Se dirige a personas en las que no se identifica un riesgo específico.
- **Selectivo:** Se dirige a grupos en riesgo de consumir drogas, según datos objetivos aportados por la epidemiología.
- **Indicado:** Dirigida a personas que se inician en el consumo, pero aun no presentan abuso ni dependencia.

Muchos programas evaluados han demostrado poco o ningún impacto; entre ellos: los que se basan en informar sobre las drogas y los que infunden temor.

b. Prevención (CICAD-OEA)

Este enfoque es de dos tipos: integral y específico

a¹. Prevención integral

La prevención integral es una práctica social que fomenta la adquisición de un modelo de vida. Es reforzador de las potencialidades del desarrollo humano y minimizador de los riesgos, en la búsqueda de estilos de vida saludables, fundamentados en proyectos de vida coherentes, según una ética que permita internalizar los valores centrados en la autenticidad, la solidaridad y la esperanza.

Se concibe como un proceso educativo con énfasis en la instrumentación para la vida, incluye lo promocional y lo asistencial y no se limita solo, a neutralizar o a advertir sobre los peligros, sino que tiene como tarea y compromiso estimular la vida plena.

Cree en la capacidad del ser humano para la transformación propia y de otros. Interviene no solo en el fenómeno droga, sino en otros problemas socialmente relevantes como la delincuencia, la prostitución, el SIDA, la violencia y la corrupción, entre otros.

En la prevención integral se investigan los procesos socializadores y sus actores, en especial la familia, la educación, la comunidad y hoy día, los medios de comunicación.

Concl.

La prevención integral promueve los procesos de afirmación y de desarrollo personal y social, la formulación de proyectos de vida y el planteamiento de metas sobre la base de potencialidades.

Además, fomenta el trabajo con la concepción de interlocutores y no de pacientes, ni beneficiarios, ni enfermos u otras denominaciones.

Promueve la construcción y consolidación, en forma participativa, de una cultura de prevención integral.

b¹. Promoción específica

A diferencia de la prevención integral, la promoción específica se dirige a exponer o explicar acerca de las sustancias psicotrópicas, sus características y consecuencias agudas y crónicas.

2. Planteamientos de la prevención

En el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas, los programas de prevención deben fundamentarse sobre los siguientes planteamientos:

Planteamientos

- Enfrentar la drogadicción como problema en sí, pero también como causa o producto a la vez de otros problemas socialmente relevantes (empleo, educación, violencia, pobreza y otros).
- Incidir individual, familiar, institucional, comunitaria y socialmente para cambiar el rumbo de los hechos mediante nuevas formas de conducir estos escenarios.
- Intervenir para suprimir, reducir, contrarrestar o evitar los factores causales asociados a los problemas objeto de la prevención y no solo para enfrentar las manifestaciones de tales problemas.
- Propiciar la formación colectiva y corresponsable de profesionales especializados, funcionarios institucionales, dirigentes, líderes y comunidades, que basen su accionar en el diálogo y no en la acción discursiva de especialistas.
- Trabajar en la construcción de relaciones y de vínculos.
- Construir en la cotidianidad.
- Operar en las condiciones que hacen posible y real el fenómeno.
- Propiciar el desarrollo individual y grupal.
- Fomentar la práctica interdisciplinaria, intersectorial e interinstitucional.
- Aplicar el enfoque de género, para la promoción y el desarrollo individual y que se instrumente para la vida, acompañado de la información y herramientas específicas para cada fenómeno, llámese consumo, distribución de drogas, embarazo precoz, SIDA, violencia, etc.
- Orientar para que se produzca un cambio en la vida cotidiana.
- Hacer más humano cada ámbito en que se desenvuelve la persona, e integrar de manera armónica, al individuo en la sociedad, favorecer la realización personal y ayudar para optimizar el estado de salud mental.

3. Habilidades para la vida

Las habilidades para la vida se utilizan como estrategia en el enfoque de prevención integral, con niños, niñas y adolescentes en este tipo de prevención.

Estas habilidades abarcan las aptitudes necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo, que permita enfrentar eficazmente las exigencias y los retos de la vida diaria, entre otras se citan:

Habilidades para la vida

- Capacidad para tomar decisiones
- Habilidad para resolver problemas
- Habilidad para comunicarse efectivamente
- Capacidad para pensar en forma crítica y creativa
- Habilidad para establecer y mantener relaciones interpersonales.
- Capacidad para manejar emociones propias.
- Habilidad para manejar la ansiedad, la tensión o el estrés.
- Capacidad para establecer empatía.
- Conocimiento de sí mismo y autoestima.

4. Orientación a la familia de la persona consumidora

“Estoy profundamente convencida de que todo lo que aporta nuevas esperanzas, nuevos derroteros para vivir la vida de manera positiva, hace que nosotros seamos personas más completas y por tanto, más humanas, más reales y amorosas con los demás. Si esto ocurre en nuestro mundo, el mundo llegará a ser mejor lugar para todos”.

Virginia Satir

La familia, como unidad social básica, es cada día más importante como recurso en la prevención secundaria y terciaria y, según los papeles que desempeñan sus miembros, se logra una mayor comprensión del proceso adictivo, lo que permite un abordaje integral. El médico general en el primer nivel de atención constituye un puente entre la persona consumidora, la familia y la comunidad y promueve el uso de alternativas para el tratamiento y la rehabilitación de estos pacientes.

Todo grupo familiar con miembros consumidores está inmerso en el complejo problema de las adicciones, eso hace necesario el tratamiento al sujeto adicto y a la familia, puesto que el grupo, en parte, ha determinado el proceso y, en alguna medida, depende de ellos la rehabilitación. (DSM-IV)

a. El consumidor es un enfermo

Cuando la familia o alguno de sus miembros acompaña al paciente a un servicio de tratamiento, lleva consigo muchas interrogantes y sentimientos que van, desde el desconocimiento total de la enfermedad, la ambivalencia en los sentimientos (odio-amor) y las curas mágicas, hasta el deseo de un internamiento sin retorno.

El médico general, además de atender al paciente, debe dar atención al o los familiares para hacerles conciencia de que, la persona adicta es un enfermo.

b. Ruta de la recuperación del consumidor

La familia debe conocer la ruta que ha de recorrer en pos de la recuperación del sujeto consumidor y hacer conciencia de ello. Aunque la participación de la familia es fundamental para la rehabilitación del consumidor, debe tener muy claro un principio básico:

Principio básico

El abandono del uso de drogas debe ser siempre responsabilidad del propio adicto, ya que es el único capaz de hacerlo.

a¹. Desintoxicación y deshabitación

La desintoxicación para algunos es el pre tratamiento o la entrada al tratamiento, tiene tres abordajes: La desintoxicación farmacológica, la deshabitación y el encuentro con la familia.

Abordajes

- **Desintoxicación farmacológica.**
- **Deshabitación,** en que se ayuda al paciente a organizar su vida al margen del consumo.
- **Encuentro con la familia,** a la que se debe dar soporte en el manejo del enojo y la angustia además de información sobre la enfermedad adictiva y orientación sobre las diferentes modalidades terapéuticas existentes.

c. Ideas prácticas para asesorar a la familia de la persona consumidora

El médico general en el primer nivel de atención recibe con frecuencia a usuarios y sus familias, quienes, además del motivo principal de la consulta, sobrellevan un problema de adicción no siempre reconocido o aceptado. Para el abordaje de estos casos, es importante desarrollar habilidades que ayuden a un acercamiento terapéutico con el consumidor y la familia.

a¹. Reflexiones para asesorar a la familia

La adicción es el síntoma de una enfermedad que puede presentarse en cualquier grupo familiar, la familia no es “culpable” de la adicción, pero si es responsable de su reacción ante ella.

Reflexiones

La familia no debe:

- Encubrir, excusar o proteger al consumidor, de las consecuencias de su conducta. Hacerlo perpetúa tanto el consumo como la conducta irresponsable hacia sí mismo y los demás.
- Culpabilizar con el fin de detener el consumo. Decir cosas como *“si realmente me quieres, dejarías de usar drogas”* o *“con tu conducta nos estás matando”*. Culpabilizar solo crea sentimientos negativos que dan al paciente más excusas para seguir consumiendo
- Proferir amenazas como medio de control. Puede y debe marcar límites, pero primero hay que analizarlos cuidadosamente y, luego, ajustarse a ellos. Si no se pretende cumplirlos, es mejor no establecerlos.
- Ignorar o pasar por alto mentiras u otras formas de conducta manipuladoras. Debe evitar absolutamente aliarse con el adicto para guardar secretos sobre el consumo de sustancias.
- Permitir que el adicto le explote económicamente o de cualquier otra forma.
- Pensar que el cese de consumo de sustancias va a resolver todos los problemas familiares. Es probable que otros problemas, algunos de los cuales eran ignorados o evitados cuando toda la familia estaba concentrada en el adicto, salgan a la superficie y se hagan evidentes.
- Olvidarse de sí mismo y de los demás miembros de la familia.

La familia y el consumidor deben ser realistas, dejar el hábito de abuso de sustancias es difícil; no hay que engañarse pensando que el adicto está “curado” cuando ha sido desintoxicado, éste es solo el primer paso de un tratamiento que deberá ser más complejo.

Cuando el adicto ha comenzado un tratamiento, lo más probable es que se presenten recaídas, se deben aceptar como algo que puede suceder en enfermedades crónicas.

d. Recursos de ayuda al paciente y la familia

El médico general debe utilizar todos los recursos no institucionales que existen en la comunidad para dar ayuda y seguimiento a la persona consumidora y su familia.

Recursos de ayuda

- **Alcohólicos Anónimos**
En el país existen más de mil grupos de Alcohólicos Anónimos.
ALANON son grupos de ayuda para adultos familiares de alcohólicos.
ALATEEN son grupos de ayuda para adolescentes hijos de alcohólicos.
- **Narcóticos Anónimos**
En los grupos de Narcóticos Anónimos
NARANON ayuda a los familiares adultos
NARATEEN ayuda a los adolescentes hijos de adictos.
- **El Ministerio de Salud y el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia**, tienen aprobados aproximadamente sesenta programas de rehabilitación a la persona adicta y al grupo familiar, entre los que están:
 - Hogares salvando al alcohólico.
 - Hogares CREA
 - Ejército de Salvación
 - Comunidad Encuentro, etc.

Concl.

Las personas que han consumido drogas durante mucho tiempo, pueden necesitar una considerable ayuda para rehacer sus relaciones sociales, así como para encontrar y conservar un trabajo; cuando estos problemas se presentan, puede ser útil el tratamiento en la comunidad.

Los pacientes con menor deterioro pueden manejarse mediante asesoramiento y orientación con el terapeuta y con los grupos de autogestión.

CUARTA

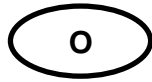
UNIDAD

Abordaje a la persona consumidora y su familia

Objetivo general de la Cuarta Unidad

Analizar los aspectos teóricos que sustentan la intervención a las personas consumidoras de sustancias psicoactivas o en riesgo.

I. EL QUEHACER DEL MÉDICO GENERAL ANTE EL PROBLEMA DE LAS ADICCIONES



Concienciar sobre el rol primordial del médico general en la detección, captación, inducción y referencia de las personas adictas o en riesgo.

A. ABORDAJE INTEGRAL

Ya se enunció en el punto B-4 de la tercera unidad, la importancia del papel que desempeña la familia en materia de prevención secundaria y terciaria. Sin embargo, es conveniente plantearse la siguiente pregunta:

¿Cómo lograr que un miembro de la familia, consumidor de sustancias psicoactivas ingrese a tratamiento?

Este difícil desafío requiere del apoyo de profesionales de la salud para que la familia corrija los conceptos erróneos más comunes sobre la adicción, cambie los tratamientos inadecuados y modifique los comportamientos persistentes de la persona consumidora.

La **ambivalencia** familiar, la **codependencia**, el **facilitamiento** y la **negación** del problema por la persona consumidora, son factores que interfieren con el inicio del tratamiento y en los que, a menudo, se ve involucrado el personal de salud. Estos aspectos deben ser superados para evitar la renuncia al tratamiento.

1. Características para la detección oportuna del problema

Al tratar cualquier usuario en una consulta común, el médico general debe interrogar para identificar la presencia de:

Características para la detección oportuna del problema

- Estado de ánimo depresivo
- Nerviosismo
- Insomnio
- Complicaciones físicas por consumo de drogas
- Accidentes o lesiones causadas por consumo de drogas
- Cambios inexplicables en el comportamiento, en la apariencia o en los hábitos.
- Negación del consumo.
- Problemas legales o sociales por consumo.

2. Pautas para el diagnóstico

El usuario o un familiar a menudo reportan o el médico interroga sobre:

- Consumo importante y frecuente
- Consumo continuado a pesar de tener problemas orgánicos, consecuencias psicológicas o sociales.
- Dificultades para controlar el consumo
- Tolerancia
- Síndrome de abstinencia

3. Medidas básicas de prevención

En el primer nivel de atención, el médico general debe:

- Realizar campañas de promoción y prevención desde la etapa escolar y colegial, con mensajes que lleven información completa
- Priorizar en los factores causales con objetivos claros y específicos
- Trabajar con grupos homogéneos acordes con el contexto social
- Trabajar para disminuir los factores sociogénicos que favorecen el consumo de drogas.
- Evitar las técnicas confrontativas y usar las que propicien la relajación, que sean continuas y evaluables.

4. Pautas de acción

La información al consumidor y la familia son esenciales; la meta final es la abstinencia total y deben comprender que este objetivo es prioritario. El abandono o la reducción del consumo representará mejoras en la salud física y mental.

Se pueden esperar recaídas durante el proceso, por lo que controlar o dejar el consumo puede requerir varios intentos.

Cuando se recibe en consulta a una persona que se sospecha está bajo los efectos de una sustancia psicoactiva, se debe cumplir con las siguientes acciones:

Acciones en la consulta

- Hacer una buena historia clínica.
- Informarse si el consultante ha consumido alguna sustancia y, si lo ha hecho, pregunte cuál.
- Obtener información de familiares y amigos **no consumidores**.
- Buscar los indicadores físicos, emocionales y conductuales comunes para la adicción a sustancias.
- Buscar asistencia especializada ante la sospecha de sobredosis.
- Evitar sobreestimar al paciente.
- Ni criticar, ni disculpar.
- Reducir el peligro de muerte.
- Identificar y facilitar la expresión de sentimientos.

Al hacer un abordaje integral, es importante recordar que el abuso de sustancias suele originarse en la adolescencia, por lo que se debe atender los principios enunciados por Kandel y col., respecto del uso de drogas:

5. Etapas de Kandel y col.

- **Primera:** El uso de drogas legales como el alcohol y el tabaco, es principalmente social.
- **Segunda:** El uso de marihuana es influido por los padres.
- **Tercera:** Ya hay otras drogas legales y parece depender más de la calidad de las relaciones padre-adolescente que de otros factores.

6. Grupos en riesgo que deben abordarse

Hay grupos que ameritan atención prioritaria porque tienen mayor riesgo; entre ellos están: los hijos de emigrantes, las familias con crisis diversas y numerosas, los individuos que presentan transgresión de las tradiciones de la sociedad y la familia.

Concl.

Lograr que una persona consumidora de sustancias psicoactivas acepte asistir a tratamiento, constituye un logro muy importante para la familia, incluso podría considerarse como un momento decisivo.

El abandono del consumo de drogas debe ser siempre responsabilidad del propio consumidor, pues es el único capaz de hacerlo. No obstante, es importante y necesario el apoyo de la pareja o familia para lograr la recuperación.

B. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL ÁREA DE ATENCIÓN

Una de las funciones más importantes del médico general en el primer nivel de atención, en materia de adicciones, es la elaboración de un diagnóstico situacional en su comunidad.

Las estrategias de prevención se orientan de acuerdo con la realidad de cada comunidad y se evita que, especialmente los jóvenes, experimenten con sustancias nocivas y que los experimentadores se conviertan en usuarios.

Los **factores de riesgo** personales y comunitarios, se identifican de acuerdo con las características de la población y su entorno

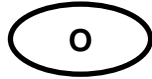
**1. Factores de riesgo
(Concepto)**

Cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad, que se sabe va unida a una elevada probabilidad de propiciar las adicciones.

Ej.

La disfunción familiar, la permisibilidad del uso de drogas, el fácil acceso a ellas, el uso de drogas en la familia y en el grupo de compañeros, la baja autoestima, la pobreza y la marginalidad.

II. FUNDAMENTOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS CONSUMIDORAS O EN RIESGO



Aplicar los fundamentos teóricos en la planificación, ejecución y evaluación de la atención a las personas consumidoras o en riesgo.

A. COMORBILIDAD

Comorbilidad (Concepto)

Indica la presencia simultánea de un trastorno mental y de problemas causados por el uso de drogas; se muestra de esta forma, la coexistencia de dos trastornos independientes pero interactuantes.

Es importante considerar que estos pacientes, portadores de intoxicación o dependencia, con frecuencia presentan otros trastornos psiquiátricos adicionales, lo que evidentemente dificulta el manejo y requiere un abordaje que identifique el trastorno primario.

El uso de sustancias psicoactivas, puede producir trastornos como: coadyuvar a la manifestación de síntomas que pueden semejar enfermedades mentales, provocar síntomas asociados con casi cualquier trastorno psiquiátrico, descompensación o empeoramiento de un trastorno y posiblemente encubrimiento del trastorno psiquiátrico de fondo.

Todo esto obliga a realizar una adecuada historia clínica, que permita esclarecer si las alteraciones de conducta, del afecto y del pensamiento, son el resultado del consumo de sustancias o de una patología psiquiátrica pre-existente.

1. Combinación de problemas relacionados con la farmacodependencia y con trastornos psiquiátricos.

En la comorbilidad psiquiátrica o diagnóstico dual, como también se le denomina, se menciona que algunos pacientes cursan con más de dos trastornos; no existe una combinación única de trastornos duales sino, por el contrario, existe una gran variedad de combinaciones.

En general, los pacientes con enfermedades mentales se consideran como una población de alto riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas y, a la inversa, los pacientes fármaco dependientes están en mayor riesgo de cursar con enfermedades mentales.

Se establece, además, en la comorbilidad psiquiátrica que, las personas que tienen un problema psiquiátrico, hacen uso de alguna droga a lo largo de su padecimiento.

Ej.

- Correlación entre depresión mayor y adicción a la cocaína, al alcohol y trastorno de pánico,
- Adicción a diversas sustancias y esquizofrenia.
- Trastorno límite de la personalidad y abuso episódico de varias sustancias, entre otros

Más de la mitad de las personas que abusan de sustancias psicoactivas, han experimentado síntomas psiquiátricos tan severos que cumplen con los criterios diagnósticos de un trastorno mental.

Igualmente, los pacientes con diagnóstico dual experimentan: problemas sociales, laborales, familiares y emocionales. Las recaídas los llevan a descompensaciones psiquiátricas y el agravamiento del trastorno psiquiátrico los conduce a recaídas en su farmacodependencia y al deterioro global.

Estos pacientes requieren de tratamientos más prolongados puesto que tienen mayor número de crisis; por esto, es clara la importancia de establecer mecanismos de intervención dirigidos a prevenir las recaídas en cada trastorno definido.

En la práctica actual es evidente el incremento de la presencia del diagnóstico dual, de modo que el diseño de programas de tratamiento y rehabilitación que pretendan ser efectivos, deben considerar esta realidad y estructurar planes de tratamiento viable para este tipo de casos.

Retos para el abordaje

- Las manifestaciones psicóticas,
- La intoxicación acompañada de delirio
- Los trastornos psiquiátricos inducido
- Los trastorno del estado de ánimo inducido
- Los trastorno de ansiedad
- Depresión mayor.

Constituyen un gran reto y requieren de la modificación de ciertos programas de tratamiento.

Concl

Se ha intentado relacionar el uso de sustancias con la psicopatología; a pesar de ello no se puede concluir que exista una simple relación causa-efecto en psicopatología y farmacodependencia, así como tampoco, que exista una verdadera personalidad adictiva; en vez de ello, a los usuarios de sustancias se les identifica como una población heterogénea, con múltiples asociaciones de comorbilidad y múltiples factores que participan para que se desarrolle una adicción.

2. Patologías de comorbilidad que se relacionan con el uso de sustancias

a. Según DSM-IV

- Trastorno afectivo.
- Trastorno de ansiedad.
- Trastorno de la conducta alimentaría.
- Esquizofrenia y otras enfermedades psicóticas.
- Trastornos fóbicos.
- Trastornos por estrés post traumático.
- Síndromes cerebrales orgánicos.

3. Trastornos frecuentes en los adolescentes

- Trastorno de personalidad antisocial.
- Personalidad Bordeerline o limítrofe.
- Personalidad narcista.
- Personalidad pasiva-agresiva.
- Trastornos de personalidad por evitación.
- Trastorno de la personalidad tipo paranoide, esquizoide y esquizotípica.

4. Dificultades frecuentes en estos pacientes.

Al examinar una historia clínica o entrevistar a los pacientes que presentan comorbilidad, es importante recordar que pueden tener otras situaciones que los afectan, entre ellas se citan:

a. Dificultades internas

- Frustración
- Negación a la depresión
- Situaciones que llevan a limitar su capacidad para reconocer la necesidad de ayuda y tratamiento

b. Dificultades externas

- Deterioro en el área social, laboral, económica, personal y familiar.
- La confusión que experimenta el usuario ante la diversidad de objetivos y enfoques de tratamiento que existen entre las diferentes organizaciones e instituciones o entre los programas que pueden variar respecto de su marco teórico, objetivos de tratamiento y filosofía que sustentan.

5. Algunas situaciones de comorbilidad

Es entendible que una persona alcohólica no es, necesariamente, una persona ansiosa o, una ansiosa no tiene que acabar con un problema de abuso alcohólico. Pero, muchos pacientes con ansiedad buscan el alcohol como una forma de tratar su enfermedad y alejarse de su problema.

El consumo de alcohol que realizan los pacientes alcohólicos, es el origen de su ansiedad.

Es muy importante el tratamiento de ambas patologías, pues el número de recaídas es mayor en este tipo de pacientes.

a. Ansiedad y alcoholismo

- En pacientes con trastornos de ansiedad, la presencia de trastornos de alcoholismo está entre un 15 y 33%, es mayor en los trastornos de fobia social.
- En la mayoría de pacientes, el trastorno de ansiedad aparece antes que la dependencia de alcohol, debido a que utilizan el alcohol para intentar disminuir los síntomas ansiosos.
- Es válido mencionar que, entre la ansiedad y el alcoholismo existe una base genética similar, hay tendencia familiar y el paciente ansioso toma licor como un atenuante de su sintomatología.

Se debe pensar en comorbilidad entre ansiedad y alcoholismo

- Cuando hay una mala respuesta o incumplimiento de tratamiento
- Elevado nivel de ansiedad.
- Aparición de problemas físicos de difícil diagnóstico,
- Demanda importante de benzodiazepinas o Barbitúricos
- Poco cumplimiento del tratamiento, con pobres resultados y antecedentes familiares de alcoholismo.

b. Alcohol, violencia y suicidio

- El alcohol tiene una influencia directa sobre el sistema nervioso central y afecta seriamente a las funciones cognitivas superiores del cortex prefrontal, lo cual afecta la capacidad de autocontrol.
- Se estima que el riesgo suicida entre los alcohólicos es de 60 a 120 veces superior a la población general.
- Además, el alcohol agrava cualquier trastorno mental previo que la persona pueda padecer y hace que tanto el trastorno como el abuso de alcohol tengan una mala evolución.

c. Alcohol y trastornos de la personalidad

- Una situación de gran importancia en la salud mental es la prevalencia de los problemas relacionados con consumo de alcohol y los trastornos de personalidad.
- De estos, los de mayor prevalencia son
 - Los trastornos de personalidad antisocial, que se destaca por su pobre capacidad de aprender por su propia experiencia y su pobre control de impulsos.
 - El trastorno límite de la personalidad, en el que aumenta el riesgo de conductas autodestructivas y los trastornos del humor.

B. RECURSOS PARA LA RECUPERACIÓN DE LA PERSONA CONSUMIDORA

La atención integral en adicciones no es responsabilidad sólo del Sistema Nacional de Salud, también es necesaria la cooperación de grupos de autogestión de la comunidad.

A continuación se preguntan los organismos que prestan atención a las personas consumidoras y las acciones que se desarrollan en cada uno de ellos:

1. Sistema Nacional de Salud

a. Caja Costarricense de Seguro Social

- **Primer nivel de atención:** Detección, inducción a tratamiento, referencia y desintoxicación
- **Segundo nivel de atención:** Desintoxicación ambulatoria y hospitalaria, referencia.
- **Tercer nivel de atención:** Atención de casos médico psiquiátricos severos

b. Consultorios, Clínicas y Hospitales privados

- Detección, tratamiento.
- Desintoxicación ambulatoria y hospitalaria.
- Atención médico-psiquiátrica.
- Programas de rehabilitación.

c. Instituto sobre alcoholismo y farmacodependencia

- Desintoxicación
- Seguimiento

2. Gestión local

a. Grupos de autogestión

Programa de los doce pasos (AA-NA y otros)

b. Programas de rehabilitación

- Desintoxicación simple
- Tratamiento a largo plazo

Estos programas son acreditados por el Ministerio de Salud y el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia y se encuentran en el “Directorio de Programas aprobados para brindar tratamiento o prevención del alcoholismo y farmacodependencia”

QUINTA

UNIDAD

Atención a la persona consumidora de sustancias psicoactivas o en riesgo

Objetivo general de la Quinta Unidad

Poner en función los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para brindar atención integral a las personas consumidoras o en riesgo.

I. LA PERSONA CONSUMIDORA DE ALCOHOL



Planificar, ejecutar y evaluar la intervención a la persona consumidora de alcohol o en riesgo.

A. MANIFESTACIONES FÍSICAS Y CONDUCTUALES

El consumo de alcohol puede producir efectos y complicaciones físicas, neuropsicológicas y sociales.

1. Efectos físicos

Aunque socialmente el efecto del etanol no se conoce como sedante, esta sustancia ejerce un efecto depresor sobre el sistema nervioso central, especialmente en el sistema activador reticular ascendente (SARA) y la corteza cerebral. A bajas dosis, produce inhibición en las acciones de las neuronas depresoras o inhibitorias, lo que, a su vez, genera una desinhibición que aparenta un efecto estimulante conocido popularmente.

Una vez liberada la corteza del control ejercido por otras estructuras nerviosas:

- Los procesos del pensamiento ocurren en forma generalizada, e interfieren con la calidad de ejecución de acciones motoras y emociones.
- Al inicio de la intoxicación, los reflejos espinales están aumentados, una vez que avanza, los reflejos se deprimen y ocurre una anestesia generalizada.

El consumo de bebidas alcohólicas conduce a trastornos en el organismo, a continuación se mencionan los más frecuentes.

a. Trastornos gastrointestinales

- Gastritis.
- Várices esofágicas.
- Cáncer de esófago.
- Pancreatitis aguda y crónica.
- Hepatitis y cirrosis.

b. Trastornos del sistema nervioso

- Neuropatía periférica
- Demencia
- Degeneración cerebelosa
- Epilepsia

c. Otros trastornos físicos

- Amnesia
- Hipoglicemia episódica
- Hemocromatosis
- Miopatía
- Obesidad

2. Efectos neuropsiquiátricos del consumo excesivo

El consumo excesivo de alcohol también produce efectos neuropsiquiátricos, entre los que se encuentran como más frecuentes los que se consignan enseguida.

Efectos neuropsiquiátricos

- Intoxicación amnésica lacunar (black out)
- Intoxicación patológica
- Delirium tremens (por abstinencia)
- Trastornos tóxicos y nutricionales.
 - Síndrome Korsakof
 - Encefalopatía de Wernike
 - Demencia alcohólica.
- Otros
 - Trastorno depresivo.
 - Síntomas de ansiedad.
 - Disfunción sexual.
 - Suicidios y gestos autolíticos.
 - Cambios de personalidad.
 - Celotipia.
 - Alucinaciones transitorias.
 - Alucinaciones alcohólicas.
 - Convulsiones alcohólicas.

3. Efectos sociales

También el consumo excesivo de bebidas alcohólicas afecta el área social de las personas y la familia ocasionando situaciones como las siguientes:

Efectos sociales

- Violencia familiar.
- Escaso rendimiento laboral.
- Desempleo.
- Problemas emocionales y de conducta en los hijos.
- Problemas legales.
- Accidentes de tránsito

B. COMPLICACIONES

Entre las más frecuentes y, según sistema afectado se citan:

Complicaciones más frecuentes

- Tubo digestivo
- Páncreas
- Sistema circulatorio
- Sistema nervioso
- Sistema músculo esquelético
- Sistema endocrino
- Metabólicas
- Nutricionales
- Inmunológicas
- Síndrome del feto alcohólico.

Por ser una patología común y de detección poco frecuente, el tema del síndrome feto alcohólico es el único que se desarrollará en este apartado.

1. Síndrome feto alcohólico

El alcohol es directamente tóxico para el feto en todas las fases de su desarrollo intrauterino, especialmente en la fase embrionaria durante el primer trimestre de gestación, por lo que se debe aconsejar a las mujeres gestantes que no consuman bebidas alcohólicas durante el embarazo.

Síndrome de feto alcohólico

Se caracteriza por cuatro grandes categorías:

- Retraso del crecimiento pre y post natal,
- Alteraciones del sistema nervioso central.
- Rasgos faciales típicos.
- Anomalías congénitas diversas.

Ver anexo No. 5 Síndrome feto alcohólico.

C. DIAGNÓSTICO

El médico general cuenta con varios métodos para elaborar el diagnóstico en la persona consumidora de bebidas alcohólicas; entre ellas: la entrevista clínica, el examen físico, el examen mental, la entrevista a familiares, los exámenes de laboratorio y el diagnóstico por clasificación internacional de enfermedades (CIE-10)

1. Entrevista clínica.

Para llegar a un diagnóstico oportuno, en cualquier tipo de consulta se debe interrogar por riesgo o consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas.

a. Indicadores de posible consumo

- Dificultades o separaciones en la relación de pareja.
- Problemas laborales (cambios frecuentes, impuntualidad, ausentismos, accidentes).
- Traumatismos (caídas, accidentes de tránsito, lesiones en riñas)
- Detenciones policiales
- Uso del tiempo libre en actividades que implican consumo.
- Conducción vehicular en estado de embriaguez.
- Problemas financieros relacionados con la cantidad de alcohol consumido.

b. Motivos de consulta que se pueden asociar a un consumidor frecuente

- Traumatismos
- Fatigabilidad
- Insomnio
- Ansiedad
- Cefaleas
- Dolores múltiples
- Problemas de funcionamiento sexual
- Hemorragia digestiva
- Anorexia y pérdida de peso
- Convulsiones
- Fracaso, sin otra causa aparente, en el tratamiento de enfermedades digestivas, hipertensión arterial, diabetes y otras enfermedades crónicas.
- Solicitud de incapacidades, sin causa aparente, especialmente el día lunes.
- Automedicación con tranquilizantes

Al entrevistar, es conveniente recordar que el paciente puede presentar las siguientes dos tendencias: **Minimizar y ponerse a la defensiva.**

Minimizar

Minimizar la cantidad que consume. Es preciso comprobar posteriormente la información con la pareja y/o familiares.

Ponerse a la defensiva

Es común que la persona se ponga a la defensiva cuando se le pregunta sobre la cantidad y frecuencia del consumo. Se observa una actitud evasiva, hay falta de contacto ocular y silencios prolongados antes de responder.

En la entrevista, además se debe tomar en cuenta la exactitud de los informes, que tienden a ser más precisos cuando la persona está sobria, los mejores datos cuantitativos se obtienen cuando se pregunta por el consumo de un día específico ¿Cuánto alcohol tomó ayer, o el último sábado?. Se debe promover un clima de confianza y asegurar al paciente que la información es confidencial

2. Diagnóstico por examen físico

En cualquier consulta general de primera vez, se debe practicar el examen físico completo y buscar signos de consumo de sustancias psicoactivas.

a. Hallazgos sugerentes de consumo de alcohol. Dos o más de ellos presentes

- Sudoración profusa.
- Inyección conjuntival.
- Aliento etílico.
- Cicatrices u otras evidencias de lesiones traumáticas.
- Hipertensión sistólica.
- Taquicardia, bradicardia, extrasístoles aisladas.
- Temblor fino de extremidades.
- Disartria.
- Falta de higiene o descuido corporal.
- Evidencia de daño hepático.
- Quelosis u otros signos de desnutrición.
- Eritema palmar, nasal, arañas vasculares.

3. Diagnóstico por examen mental.

Se logra por medio de la entrevista y no siempre en la primera consulta.

a. Hallazgos sugerentes. Dos o más de ellos presentes

- Amnesia.
- Depresión
- Angustia
- Crisis de pánico
- Irritabilidad
- Ideación paranoide, especialmente celotipias.
- Labilidad de ánimo inexplicable.
- Cambios de personalidad.
- Síntomas psico orgánicos inexplicables.
- Conducta sexual promiscua.
- Falta de confiabilidad.

4. Diagnóstico por entrevista a familiares.

Incluye a familiares, pareja y compañeros, preferiblemente no consumidores.

a. Preguntas al familiar o acompañante

- ¿Le preocupa la forma de beber de su familiar?
- ¿Tiene algún otro familiar que necesita tomar alcohol en ayunas? ¿Quién?
- ¿Tiene algún otro familiar que, a su juicio, necesita ayuda para dejar de beber? ¿Quién?

Si la respuesta es afirmativa, recomiéndele que se acerque y consulte en el EBAIS.

5. Diagnóstico por exámenes de laboratorio

Es importante tomar en cuenta y siempre que sea posible, que se pueden determinar algunos marcadores biológicos, entre ellos tenemos:

a. Marcadores clásicos y CDT

VGM:

- Volumen Corpuscular Medio.
- Volumen medio de glóbulos rojos.
- Un consumo excesivo y crónico de alcohol suele provocar el aumento del VCM.

GGT:

- Gamma Glutamil-Transpeptidasa.
- Enzima fabricada principalmente por el hígado.
- Su aumento se observa en todas las enfermedades hepáticas y biliares.

CDT :

- Carbohydrate Deficient Transferrin
- (transferrina deficiente en carbohidratos).
- Glicoproteína fabricada por el hígado.
- Su concentración en la sangre aumenta con el consumo excesivo de alcohol.

Este incremento se produce cuando una persona ha consumido un promedio de más de sesenta gramos diarios de alcohol durante más de una semana. La persona necesita más de 15 días de abstinencia para que la concentración sanguínea de CDT disminuya.

Concl.

La CDT representa actualmente el examen más preciso y fiable para la detección de los consumidores excesivos de alcohol.

6. Diagnóstico por CIE-10

a. Criterios del síndrome de intoxicación

Además de los generales enunciados en la Segunda Unidad, Apartado II-B:

Criterios del síndrome de intoxicación

- Debe existir un comportamiento alterado, evidenciado en la presencia de, al menos, uno de los síntomas desadaptativos de intoxicación, específicos del alcohol.
 - Desinhibición
 - Tendencia a discutir
 - Agresividad
 - Labilidad afectiva o inestabilidad de humor
 - Deterioro de la atención
 - Juicio alterado
 - Interferencia con el funcionamiento personal.
- Debe existir, al menos, uno de los siguientes síntomas físicos de intoxicación, específicos de alcohol.
 - Marcha inestable
 - Dificultad para mantenerse en pie
 - Disartria
 - Nistagmus
 - Nivel de conciencia disminuido (estupor, estado de coma)
 - Enrojecimiento facial
 - Inyección conjuntival

b. Criterios del síndrome de abstinencia o supresión

Además de los enunciados en la Segunda Unidad, Apartado II-B:

Criterios del síndrome de abstinencia o supresión

Debe presentar, al menos, tres de los siguientes signos:

- Temblor de lengua, párpados o de manos extendidas, fino y distal.
- Diaforesis
- Náusea o vómito
- Taquicardia o hipertensión
- Agitación psicomotora
- Cefalea
- Insomnio
- Malestar general o debilidad
- Ilusiones o alucinaciones transitorias auditivas, visuales, táctiles o ambas.
- Convulsiones tónico-clónicas, tipo gran mal
- Delirium tremens

D. INTERACCIÓN FARMACOLÓGICA

La interacción entre hipnóticos y alcohol puede tener efectos sumatorios, que se expresan con una mayor intensidad en la depresión respiratoria y en las alteraciones del estado de conciencia.

E. DETECCIÓN

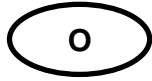
Además de los procedimientos recomendados al efectuar la historia clínica, el examen físico, el examen mental y otros, se pueden aplicar los instrumentos de tamizaje CAGE y MASTA. Es recomendable controlar la evolución del paciente por teléfono con los familiares o por visita al hogar con el ATAP.

Ver anexos No. 6 Test CAGE y No.7 Test MASTA

F. ABORDAJE INTEGRAL

Ver anexo No. 8

II. LA PERSONA CONSUMIDORA DE TABACO



Planificar, ejecutar y evaluar la intervención a la persona consumidora de tabaco o en riesgo.

A. ASPECTOS GENERALES DEL CONSUMO

1. Factores que intervienen en la conducta del tabaquismo

Los factores que intervienen en la conducta del tabaquismo

- La adicción física a la nicotina, cuya privación del consumo conduce a experimentar el síndrome de abstinencia.
- Un condicionamiento psicológico de la conducta que se refuerza mediante la asociación reiterada con aspectos como la reducción del estrés emocional, una autoestima no fortalecida, entre otros.
- El refuerzo social mediante la interacción con grupos de pares y la imitación de modelos de comportamiento.

Estos tres aspectos, además de la frecuente asociación de la adicción a la nicotina con otros trastornos emocionales o mentales, como estrés emocional, distimia, ansiedad, depresión y otras, deben enfrentarse, en diversos grados, durante el periodo de desintoxicación y el abandono definitivo del hábito.

Esto explica el porqué, aun cuando el 80% de los fumadores desea dejar de fumar, solo el 5% logra hacerlo permanentemente, sin ayuda y el 40% lo ha intentado al menos 4 veces.

2. Tóxicos presentes en el tabaco

Las sustancias tóxicas presentes en el tabaco son: la nicotina, el alquitrán, el monóxido de carbono, entre otras. A continuación, se analizarán algunas de ellas.

a. La nicotina

- Es una sustancia psicoactiva. que se disuelve muy rápidamente en la sangre, y es la causante de la adicción.
- En cada inhalación del humo del tabaco se absorben entre 100 y 200 mg. de nicotina (dosis de 1 a 2 mg. producen efectos fisiológicos).
- Es muy soluble en agua y se distribuye rápidamente en los tejidos y fluidos corporales.

b. El alquitrán

- Es una sustancia negra y pegajosa, que se fija en los *trilharen* de las vías respiratorias desde la nariz hasta los pulmones.
- Tiene efecto nocivo sobre los cilios y hace que el polvo y la suciedad no se puedan eliminar, por lo que hay que toser para limpiar las vías respiratorias.
- Los bronquios y alvéolos sufren tensión por la tos y se pueden dañar.

c. Monóxido de carbono

- Es un gas sin olor ni color.
- Se liga a los eritrocitos con una velocidad 200 veces mayor que el oxígeno. Eso significa que la sangre lleva menos oxígeno por el cuerpo y que el corazón también recibe menos oxígeno.
- Facilita la fijación del calcio y la grasa en los vasos sanguíneos; causa daño en las paredes y los hace más rígidos y angostos.

d. Sustancias irritantes

Estas sustancias paralizan los cilios que tapizan la mucosa respiratoria lo que produce aumento de la mucosidad y la tos, así como bronquitis crónica y enfisema a largo plazo.

Sustancias irritantes

- Acroleína.
- Amoníaco.
- Aldehídos.
- Ácido cianhídrico

3. Complicaciones derivadas del consumo de tabaco

Entre las más frecuentes y graves ya citadas en este módulo están:

a. Cáncer

- Por la cantidad de componentes cancerígenos, el tabaco se relaciona con una tercera parte de todos los tipos de cáncer y con el 85% de los tumores del pulmón.
- Causa cáncer de vías respiratorias superiores, páncreas, vejiga, esófago, estomago, riñón, hígado, labio, nariz, nasofaringe y sangre.

b. Enfermedad respiratoria

- Enfisema: se caracteriza por la destrucción progresiva de los alvéolos, se manifiesta por dificultad respiratoria (disnea) y sensación de fatiga.
- Bronquitis aguda y crónica: se caracteriza por tos, expectoración, dificultad respiratoria y propensión a las infecciones
- El progreso de las enfermedades anteriores da lugar a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

c. Enfermedad cardiovascular

- El daño circulatorio que ocasiona el tabaco se debe al efecto de la nicotina y el monóxido de carbono (CO)
- El efecto vasoconstrictor de la nicotina y su almacenamiento en el interior de los vasos, aumenta la presión arterial, con sobrecarga de las paredes de las arterias, aumenta la frecuencia cardíaca con sobrecarga del corazón, y aumenta la coagulabilidad de la sangre, lo que con el incremento de lípidos favorece la formación de trombos).
- El CO₂ es 200 veces más afín a la hemoglobina que el Oxígeno, por lo que disminuye de manera importante la oxigenación de los tejidos.
- Todos estos factores interactúan entre si y facilitan la formación de una capa de ateroma en el interior de las arterias.
- Esta es la base de la arteriosclerosis que afecta las arterias del corazón, el cerebro, y las extremidades principalmente.
- Debido a la obstrucción de las arterias pélvicas, sobre todo en el varón, produce disfunción de la sexualidad y, en etapas mas avanzadas conduce a la impotencia.

d. Enfermedades gástricas

La nicotina provoca hipersecreción gástrica de ácido clorhídrico e incremento en la velocidad del vaciado gástrico, lo que favorece la gastritis aguda y crónica, úlcera gástrica y esofagitis por reflujo.

e. Otras Enfermedades

- Incremento del riesgo de cataratas
- Periodontitis
- En las mujeres aumenta el riesgo de esterilidad, osteoporosis y menopausia precoz
- En el embarazo, aumenta el riesgo de placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta, embarazo ectópico, aborto espontáneo, parto prematuro e incremento de bajo peso al nacer.
- Los recién nacidos de madres fumadoras tienen mayor riesgo de muerte.
- La exposición al humo de tabaco ambiental, aumenta la frecuencia y la gravedad de las infecciones respiratorias y las crisis de asma.

4. Factores asociados al inicio del consumo

Se ha dicho que el inicio del consumo de tabaco se da en edades tempranas y que son múltiples los factores asociados con él, entre los que se citan: factores macrosociales y psicosociales.

a. Macrosociales

- Publicidad
- Falta de lugares recreativos y culturales
- Venta de cigarrillos a menores
- Tolerancia social
- Bajo costo
- Alta disponibilidad
- Escaso cumplimiento de las regulaciones

b. Psicosociales

- Influencia de padres fumadores
- Influencia de amigos fumadores
- Falta de control familiar
- Actitud permisiva de los padres
- Curiosidad
- Rebeldía
- Problemas afectivos
- Búsqueda de sensaciones
- Imitación de modelos como artistas, deportistas o figuras publicas.
- Impulsividad
- Fracaso escolar.

5. Dependencia

a. Física

La nicotina es la responsable de la dependencia al tabaco, es una sustancia psicoactiva que ejerce efecto sobre el sistema nervioso central al actuar como reforzador positivo, por su efecto psicoestimulante. Este efecto se debe a un aumento en la liberación de algunos neurotransmisores, dopamina y norepinefrina.

Vías dopaminérgicas y receptores nicotínicos

- La nicotina activa las vías dopaminérgicas mesolímbicas a través de los estímulos de los receptores colinérgicos nicotínicos
- En el cerebro existen más receptores colinérgicos nicotínicos de alta afinidad por la nicotina que los receptores de la placa motora del músculo esquelético.
- Tanto en el área del *nuc. Accumbens* como en ATV existen gran cantidad de receptores colinérgicos nicotínicos que, al ser estimulados por la nicotina, provocan liberación de dopamina .
- Se ha detectado un aumento de receptores nicotínicos en personas fumadoras. Este fenómeno de *up regulation receptival* es típico del desarrollo de tolerancia /dependencia y del síndrome de abstinencia característico de las sustancias dependientes, en este caso la nicotina.

B. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Además de los ya citados en la Segunda Unidad, Apartado II-B, se citan los siguientes criterios para el diagnóstico de la dependencia, y el el síndrome de abstinencia:

1. Dependencia a la nicotina

- Compulsión por usar productos del tabaco
- Deterioro o pérdida del control sobre el uso del producto del tabaco
- Uso continuo, a pesar de las consecuencias negativas
- Minimización o negación de problemas asociados con el abuso del tabaco.
- Tolerancia

2. Síndrome de abstinencia de la nicotina

Dura alrededor de 10 días y tiene su pico máximo entre el tercero y el cuarto. Los signos y síntomas que se presentan son:

- Irritabilidad
- Dificultad de concentración
- Inquietud
- Sudoración
- Temblor
- Decaimiento
- Fatiga
- Malestar gastrointestinal
- Depresión
- Ingesta excesiva de alimentos
- Palpitaciones
- Ansiedad
- Sed
- Impaciencia
- Mareos
- Cefalea dolor de cabeza
- Insomnio
- Insidia desesperación por consumir tabaco

C. ABORDAJE

1. Pruebas para diagnóstico

- Test de Fagerstrom (anexo No.9): mide grado de adicción a la nicotina.
- Teste de CAGE (anexo No.6): Indica abuso del alcohol.; si es positivo, se inicia tratamiento y luego de seis meses de recuperación, se inicia el tratamiento para tabaco.

a. Medidas generales

- Examen físico completo.
- Historia clínica completa
- Indagar respecto del fumado: cuántos años tiene de fumar, cuántos cigarrillos por día, cuántos intentos ha hecho para dejar de fumar, cuánto tiempo se ha mantenido en abstinencia.
- Evaluación individual en busca de problemas duales, como complicaciones de tipo psiquiátrico o médico que requieran tratamiento, además del tratamiento de cesación propiamente dicho.
- La intervención farmacológica puede incluir antidepresivos, ansiolíticos y/o terapia específica para ayudar al usuario a la cesación del fumado.

b. Medidas específicas

- Los parches de Nicotina específicamente el Niquitim
- El Wellbutrin (anfetabutamona)
- La Lobellia (producto macrobiótico)

2. Programas para suspender el hábito del fumado.

Ver anexo No.

3. Abordaje de la recaída

Ver anexo No.10

III. LA PERSONA CONSUMIDORA DE BENZODIAZEPINAS



Planificar, ejecutar y evaluar la intervención a la persona consumidora de benzodiazepinas o en riesgo.

A. ASPECTOS GENERALES

Este tipo de sustancias es de uso frecuente en clínicas y hospitales de la CCSS y conduce a la adicción con mucha facilidad.

1. Manifestaciones en el consumidor

a. Físicas

Algunas de ellas: deterioro de la memoria, sedación, incoordinación y alteración de la capacidad motora o de coordinación, es decir, alteran la capacidad de conducir vehículos, además, depresión cardiorrespiratoria, vértigo, confusión, letargo, ataxia, somnolencia y trastornos gastrointestinales.

b. Conductuales

- Las personas tienen la capacidad natural de desarrollar estrategias psicológicas conductuales para enfrentar las exigencias cotidianas del medio,
- Si son enfrentadas con medicamentos, se le impide al individuo progresar en el desarrollo de nuevos o mejores mecanismos de adaptación.
- Es aquí donde el rol del médico general tiene gran relevancia, puesto que debe ser un orientador y promotor del crecimiento de la persona y no solo prescribir medicamentos.

2. Efectos de la sustancia

Las benzodiazepinas se caracterizan por un alto potencial adictivo y de dependencia y un alto abuso en el consumo. Su uso medicamentoso requiere indicación médica, aspecto relevante para la prevención y control.

Efectos

- La supresión puede llegar a ser una verdadera emergencia, quizá más grave que la de cualquier droga, especialmente por el alto riesgo de convulsiones.
- Existe tolerancia y dependencia cruzada entre los barbitúricos y entre éstos y los demás sedantes del sistema nervioso central.
- La intoxicación por estas sustancias se caracteriza por diferentes niveles de anestesia y un descenso de la función del sistema nervioso central. Es un estado de relevancia clínica y de importante gravedad.
- La intoxicación por benzodiazepinas es más frecuente que por barbitúricos
- En el paciente crónicamente intoxicado, el síndrome de abstinencia puede desencadenarse con solo la disminución de la dosis diaria, aspecto clave al intentar la desintoxicación.
- Después de la intoxicación por alcohol, es la más frecuente en las salas de emergencias.
- La toxicidad es proporcional a la dosis ingerida, la producción de metabolitos, la vida media y las características individuales del consumidor.

a. Usos farmacológicos

Esta sustancia tiene varios usos farmacológicos, entre ellos: ansiolítico, anticonvulsivante, miorelajante e hipnótico.

a¹. Ansiolítico

Cuando el diagnóstico de ansiedad está definido claramente, el uso de benzodiazepina está indicado con el cuidado correspondiente en cuanto a tiempo y dosis.

El diazepam es, en la mayoría de los casos, el ansiolítico de elección, su efecto es rápido y su lenta eliminación evita fluctuaciones en sangre.

Ansiolítico

- La prescripción de estos medicamentos requiere de una relación médico-paciente adecuada, de modo que el medicamento sea solo una ayuda más en el proceso de cambio en el estilo de vida del paciente.
- El uso inadecuado por parte del médico o el paciente, ocasiona problemas serios de salud.

b¹. Anticonvulsivante

Las benzodiazepinas son efectivas en el tratamiento de convulsiones secundarias a tóxicos, convulsiones febriles, síndrome de abstinencia al alcohol o barbitúricos y para ciertos tipos de epilepsia (pequeño mal, *status epilepticus*, etc.

c¹. Miorrelajante

Algunas benzodiazepinas y el diazepam producen relajación de la musculatura esquelética. Su acción es a nivel de y no sobre la placa muscular.

d¹. Hipnótico

El efecto hipnótico se manifiesta por disminución de la latencia en el comienzo del sueño REM, disminución del tiempo de vigilia y del número de despertares y aumento del tiempo total y de la eficacia del sueño.

b. Indicaciones clínicas

Las benzodiazepinas están indicadas en situaciones como:

Indicaciones clínicas

- Ataques de pánico
- Ansiedad generalizada
- Agorafobia
- Fobia específica
- Fobia social
- Estrés post traumático
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Trastornos del sueño
- Síndrome de abstinencia de alcohol y otras drogas.

B. RIESGOS, COMPLICACIONES E INTERACCIONES

1. Riesgos:

a. Dependencia a la benzodiazepina

Pueden producir dependencia después del consumo, aun por un periodo muy corto.

- Después de 4 a 6 semanas, pueden presentarse síntomas de abstinencia con la disminución o la supresión de la dosis diaria.
- La dependencia se desarrolla con facilidad porque las benzodiazepinas actúan en receptores específicos, muy parecidos a los que utiliza el cerebro para la acción de una sustancia benzodiazepínica endógena.
- El consumo prolongado de benzodiazepinas exógenas bloquea la producción interna de estas sustancias; por lo tanto, el cerebro responde de manera inmediata ante su reducción o suspensión.

b. Tolerancia

La tolerancia se desarrolla a partir de la activación de sistemas enzimáticos que metabolizan estos fármacos en el hígado.

c. Síndrome de intoxicación

Además de los signos y síntomas generales enunciados en la segunda unidad, apartado II-B.

Síndrome de intoxicación por la benzodiazepinas

- Debe existir un comportamiento alterado que se evidencia en al menos uno (1) de los siguientes:
 - Apatía y sedación
 - Euforia y desinhibición
 - Rendimiento psicomotor alterado
 - Deterioro de la atención
 - Amnesia anterógrada
 - Agresividad
 - Labilidad
 - Interferencia en el funcionamiento personal
- Al menos, uno (1) de los siguientes signos deben estar presentes:
 - Marcha inestable
 - Disartria
 - Dificultad para mantenerse en pie
 - Nistagmo
 - Nivel de conciencia disminuido (Por ejemplo: estupor, estado de coma, ampollas o lesiones eritematosas de la piel.

d. Síndrome de supresión o abstinencia (CIE-10)

Además de los signos y síntomas generales enunciados en la segunda unidad, apartado II-B

Síndrome de supresión o abstinencia

- Debe presentar, al menos, tres de los siguientes signos:
 - Temblor de lengua y párpados, o temblor fino distal en manos distendidas.
 - Náusea y vómito.
 - Taquicardia
 - Hipotensión postural
 - Agitación psicomotora
 - Cefalea
 - Insomnio
 - Astenia, malestar y debilidad
 - Ilusiones y alucinaciones, trastornos visuales, táctiles o auditivos
 - Ideación paranoide
 - Convulsiones
 - Delirium

2. Complicaciones

Con el uso prolongado se manifiestan los síntomas de alteraciones cerebrales, algunos de ellos son:

- Tinnitus
- Parestesia
- Síntomas musculares
- Amnesia

3. Interacciones

Si se asocia con medicamentos de acción central como neurolépticos, tranquilizantes, antidepresivos, hipnóticos, analgésicos y anestésicos, puede reforzar su acción sedante sobre todo cuando se administra por vía parenteral. No debe usarse simultáneamente con bebidas alcohólicas

C. ABORDAJE INTEGRAL

1. Detección oportuna del problema

Es importante tomar en cuenta que, en los casos en que se utiliza benzodiazepinas en dosis mayores de 20 mg/ día (4 tabletas de 5 mg) y por periodos mayores de 6 semanas, se aumenta considerablemente el riesgo de desarrollar dependencia. También se debe vigilar por la presencia del síndrome de supresión y la tolerancia.

a. Síndrome de intoxicación

El tratamiento puede hacerse en el EBAIS, en consulta externa o en el hospital. La decisión se basa en:

- El estado físico del paciente
- La gravedad del cuadro
- Los riesgos del manejo.

Otros elementos para considerar en el manejo de la intoxicación son:

- La disponibilidad de la familia para apoyar el tratamiento.
- La capacidad para reconocer complicaciones a corto y largo plazo.
- La capacidad para participar en la solución de posibles complicaciones.

**Intoxicación
leve a
moderada**

La mayoría de las veces no amerita medicación, pero es imprescindible:

- Monitorizar la función respiratoria y cardiovascular
- Controlar el estado de conciencia
- Detectar la aparición de complicaciones.
- Medidas básicas de protección

**Intoxicación
moderada y
severa**

Igual que la sobredosis, requiere atención en una sala de emergencias hospitalaria, por cuanto:

- Aproximadamente el 5% de los pacientes, requieren de unidad de terapia intensiva por 48 horas o más.
- Puede ocurrir la muerte aproximadamente en el 1% de los casos aproximadamente.
- El estado de coma y las alteraciones respiratorias pueden sobrevenir repentinamente.
- Se requiere observación y paciente estable por varias horas, antes de dar egreso y tratamiento ambulatorio
- Si se inicia estado de coma y depresión respiratoria en las primeras horas, se pueden esperar períodos de inconsciencia y tratamiento de sostén prolongados.
- En caso de intoxicación aguda, se utiliza el Flunajenil (Lanexat) como antagonista específico.

b. Síndrome de supresión o abstinencia

El abordaje debe tomar en cuenta tres tipos de acción:

- Estabilización del síndrome, mediante el uso de medicación sustitutiva, o la misma benzodiazepina que la persona esta usando.
- Reducción programada de la medicación sustitutiva.
- Detección y manejo de problemática asociada que pueda complicar la condición del paciente.
- Se recomienda, un régimen de disminución gradual de la dosis, a fin de evitar consecuencias como las convulsiones, estas generalmente se presentan entre el 2do y el 3er día, pero pueden aparecer tardíamente, entre el 7 u 8 días.
- Para iniciar el tratamiento se aconseja, mantener la sustancia que la persona consume reduciendo aproximadamente del 5 al 10% de la dosis total inicial por día o en días alternos, de tal forma que en un periodo de 10 a 14 días se logre la suspensión total.

La medicación sustitutiva consiste en cambiar la sustancia que la persona consume, por una de larga duración, en dosis equivalentes a la que usa la persona. Luego se continua con el esquema de reducción gradual. Se debe establecer la dosis de inicio la cual es aquella que logre controlar los síntomas de abstinencia, o bien la que lleve a mostrar signos de intoxicación leve, a partir de esa dosis se inicia la reducción.

Dosis equivalentes de benzodiazepinas (para sustitución)

Diazepam 5mg, clordiazepoxido 25mg, clonazepam 2mg, lorazepam 1mg, alprazolam 0.25 mg, flunitrazepam 1mg, triazolam 0.5 mg, clorazepato dipotásico 3.75mg, oxacepam 30mg.

Para tratar el síndrome de supresión o abstinencia se debe considerar

- Dosis diaria.
- Duración del tratamiento.
- Cinética de la eliminación.
- No suspender bruscamente el medicamento.
- La duración del síndrome puede variar entre 5 y 20 días según tipo de benzodiazepina utilizado.
- Realizar un diagnóstico correcto.
- En aquellos casos en que se pueda, aplicar otro tipo de ayuda, como apoyo psicológico o cualquier otro según al caso.
- Proceso de desintoxicación.
- Abordaje del síndrome de abstinencia.
- Prevención de recaídas.

Concl.

La prescripción de benzodiazepinas por un médico general en el EBAIS, no debe superar los 15 días, salvo situaciones excepcionales o continuación de tratamiento.

La supresión del medicamento produce gran angustia en el paciente, se le debe orientar sobre la necesidad de la supresión para evitar la dependencia.

IV. LA PERSONA CONSUMIDORA DE ANFETAMINAS

O

Planificar, ejecutar y evaluar la intervención a la persona consumidora de anfetaminas o en riesgo.

A. ASPECTOS GENERALES

1. Sustancias incluidas en este grupo

Este grupo incluye sustancias estimulantes del tipo de los anfetamínicos o sicotrópicos de acción similar, genéricamente denominados xantinas. Cuyos efectos farmacológicos causan activación del sistema nervioso simpático.

Ej.

La cafeína, la teína y el mate.

Se incluyen también los agentes antimuscarínicos usados como antiparkinsonianos.

Ej.

Trihexifenidil (artane)
Biperiden (akineton) cuando se usan como sustancias de abuso.

En sus variantes dextro y metanfetaminas, el metil fenidato y el dietilpropión tienen estructuras similares y se prescriben con diversos fines, pero todos ellos poseen algún grado de potencialidad para causar dependencias.

En este grupo se incluyen también los anorexígenos, sustancias que se usan frecuentemente como supresores del apetito:

Ej.

- Fentermina (Diminex)
- Fenproporex (Delhafen)
- Dietil propion (Tenuate)
- Mazindol (diestest)
- Metilfenidato (ritalina) es útil en psiquiatría.

2. Anfetaminas más utilizadas

Algunas son drogas medicamentosas de uso restringido, adictivas y neurotóxicas:

- Benzadrina
- Dexedrina
- Metilanfetamina

3. Drogas de diseño

Otros fármacos sintéticos desarrollados en los últimos años y denominados fármacos de diseño, comparten efectos farmacológicos análogos a las anfetaminas.

Debido a la importancia que tienen y al incremento paulatino en el consumo, es pertinente hacer un breve comentario y efectuar una reseña sobre las llamadas drogas de diseño.

Drogas de diseño (Concepto)

- Sustancias psicotrópicas íntimamente relacionadas en su composición química, entre ellas y con los derivados sintéticos del opio.
- Constituyen un grupo heterogéneo de sustancias pertenecientes a diferentes grupos químicos, son sintéticas y creadas en laboratorios generalmente clandestinos

Estas sustancias son de uso ilícito y en el mercado clandestino se encuentran:

- MDA “Píldora del amor” (3-4 metilenedioxianfetamina)
- MDMA éxtasis (3-4 metilenedioximetanfetamina)
- MDEA (3-4 metilenedioxi-etilanfetamina)
- MMDA (3 metoxi 4-5 metilenedioxianfetamina)

Por la acción que ejercen sobre el sistema nervioso central, las anfetaminas y las drogas de diseño son compuestos químicos de los que se hace uso indiscriminado, particularmente por personas que tienen dificultades para relacionarse socialmente y para introyectar nuevas experiencias, pues aumentan los mecanismos internos de percepción.

Independientemente de las dosis, ambos tipos de compuestos provocan dependencia física y psicológica muy importante, casi desde el inicio del consumo.

a. Grupos poblacionales vulnerables al abuso

- Estudiantes, cuando van a rendir un examen
- Personas que deben rendir un esfuerzo extra en el trabajo.
- Atletas y sujetos que se someten a competencias en que el esfuerzo físico es fundamental.
- Personas que pretenden perder peso al suprimir el apetito.
- Conductores de vehículos, para evitar la somnolencia.

B. MANIFESTACIONES FÍSICAS Y CONDUCTUALES DEL CONSUMIDOR

1. Anfetaminas

Son drogas que tienen efectos muy generalizados, ya que afectan varios sistemas del organismo, con mayor especificidad en el sistema nervioso central.

a. Efectos de las anfetaminas

Este grupo de fármacos tiene acciones simpaticomiméticas y estimulantes sobre el sistema nervioso central. Los efectos estimulantes se deben al bloqueo de la recaptura de la noradrenalina y probablemente a una inhibición de la monoaminoxidasa (MAO) Esto ocasiona mayor concentración en los

espacios intersinápticos, lo cual produce estimulación elevada de la membrana post-sináptica.

Efectos generales

- El efecto estimulante ocurre principalmente a nivel cortical, en el sistema reticular activador ascendente (SARA) y sobre el centro respiratorio.
- Los efectos reforzantes, mientras tanto, se llevan a cabo por mediación del neurotransmisor llamado dopamina.
- En el sistema cardiovascular actúan directamente sobre los receptores y produce elevación de la tensión arterial por vasoconstricción y aumento de la frecuencia cardíaca, puede llegar a producir arritmias y colapso circulatorio.
- Por vía oral que es la más usada, la estructura de los anfetamínicos los hace resistentes a su destrucción, lo que les confiere gran eficiencia y duración más prolongada
- Por vía endovenosa o subcutánea, los efectos son más constantes
- Las anfetaminas se absorben con facilidad por el tubo digestivo y por cualquier vía parenteral.
- Son bastante estables en el organismo, lo que explica la duración prolongada de sus efectos.
- Se metabolizan en el hígado y se excretan por vía renal.
- Tienen una vida media promedio de 10 a 15 horas.
- La excreción se inicia 3 horas después del consumo y el 43% aparece en orina en las primeras 48 horas.

Otros efectos

- Capacidad antidepresiva
- Aumento de la vigilia, atención y estado de ánimo
- Disminución del apetito
- Reflejos profundos aumentados
- Presión del LCR aumentada
- Inquietud
- Disforia
- Verborrea
- Confusión
- Tensión
- Ansiedad que puede llegar a las manifestaciones de trastornos semiestructurados de delirio
- Alucinaciones (psicosis)
- Psicosis paranoide
- Disuria, poliuria, contracciones uterinas
- Piel pálida y enrojecida
- Urticaria y demografismo
- Diaforesis

a. Efectos más frecuentes

- Aumento de temperatura corporal
- Estimulación de la corteza cerebral
- Signos de sincronización en el electroencefalograma
- Disminución del sueño R:E:M:
- Aumento de la energía y la actividad motora
- Sensación de bienestar
- Aumento de la seguridad y la confianza
- Disminución del sueño
- Disminución de la fatiga
- Aumento de la velocidad del pensamiento y el lenguaje
- Supresión de la sensación de apetito.

c. Tolerancia y dependencia

Existe tolerancia cruzada entre anfetaminas, las manifestaciones críticas se presentan en las primeras horas del consumo y la rapidez de la instauración depende de la vía administrativa.

b. Signos y síntomas de intoxicación aguda

Además de los enunciados en la segunda unidad, apartado II-B, se presenta:

- Ansiedad e inquietud
- Hipertensión arterial
- Hipertermia
- Temblor
- Insomnio
- Anorexia
- Estado exagerado de alerta con suspicacia y recelo
- Irritabilidad
- Ideación paranoide
- Delirium anfetamínico

d. Signos y síntomas de intoxicación crónica

Además de los enunciados en la segunda unidad, apartado II B, se presenta:

- Pérdida patológica de peso
- Desnutrición y síndrome pluricarencial
- Conducta estereotipada
- Síndromes coreicos
- Accidentes cerebrovasculares y cardíacos (hemorragia cerebral, enfermedad vascular, arritmias, miocarditis e insuficiencia cardíaca congestiva)
- Psicosis anfetamínica (Ideación paranoide, alucinaciones auditivas y visuales, conducta agresiva)

El síndrome de intoxicación por anfetaminas puede ser indistinguible de la intoxicación por cocaína.

e. Diagnóstico nosológico de intoxicación por anfetamínicos y simpaticomiméticos

a¹. Criterios

Además de los generales enunciados en la segunda unidad, apartado II-B, se presenta:

Alteración del comportamiento

- Debe existir un comportamiento alterado que evidencia al menos uno de los siguientes:
 - Euforia o sensación de aumento de energía
 - Hiperprosexia
 - Creencias de actos grandiosos
 - Agresividad
 - Tendencia a discutir
 - Labilidad afectiva e inestabilidad del humor
 - Conductas repetitivas estereotipadas
 - Ilusiones auditivas, visuales y táctiles
 - Alucinaciones normales con la orientación conservada
 - Ideación paranoide
 - Interferencia con el funcionamiento personal.

Cuando el diagnóstico debe hacerse sin una historia clara y completa o sin análisis toxicológicos de plasma y orina, puede clasificarse como provisional.

Se debe tener presente que:

**Dosis de 10
– 30 mg de
anfetamíni-
cos
producen:**

- Aumento temporal de la eficiencia y la confianza en si mismo
- Incremento de la vivacidad y la iniciativa
- Elevación del estado de ánimo y la euforia
- Disminución de la fatiga, con aumento de la actividad motora y de la palabra
- Mejoría de la capacidad de concentración
- Irritabilidad e insomnio
- En algunos pacientes se presenta cefalea, palpitaciones, vértigo, trastornos vasomotores o agitación manifiesta.
- Puede aparecer un síndrome delirante, depresión y fatiga.

**Dosis
mayores
producen**

- Enrojecimiento
- Elevación de la tensión arterial
- Taquicardia y pulso rápido
- Euforia y agitación psicomotora
- Puede aparecer fiebre, arritmias cardiacas, hemorragias y accidentes vasculares
- La sobredosis se ha asociado a episodios catatoniformes que simulan estados esquizofrénicos.
- La muerte ocurre cuando, sin haberse adquirido la tolerancia, se utiliza una dosis grande por vía intravenosa.

2. Metanfetaminas

Conocida como “hielo”, “ice” o “glass”, tuvo su origen en el lejano oriente (Japón, Corea, Filipinas). Se asemeja a un cristal translúcido, en algunos lugares su uso supera el de la cocaína.

a. Manifestaciones

En los usuarios crónicos son semejantes a los que se presentan en los consumidores crónicos de otras anfetaminas.

Signos y síntomas

- Alucinaciones
- Paranoia
- Conducta agresiva
- Bruxismo
- Comportamiento compulsivo
- Problemas gastrointestinales
- Anorexia
- Pérdida del apetito
- Problemas nutricionales
- Infarto del miocardio
- Cardiopatía
- Edema pulmonar agudo

b. Tolerancia, dependencia y síndrome de supresión

Además de los enunciados en la segunda unidad, apartado II-B, se presenta:

- Contracciones abdominales
- Gastroenteritis
- Cefalea
- Letargia
- Dificultad respiratoria
- Aumento del apetito
- Depresión profunda que puede llevar al suicidio

3. Cristal

Conocido como “met” por ser metanfetamina, su elaboración no requiere de mucha tecnología y es de bajo costo, el consumo se presenta de preferencia en la población adolescente y adulto joven, los síntomas son similares a los del abuso de anfetaminas.

a. Signos y síntomas en el consumidor

- Irritabilidad
- Nerviosismo
- Variaciones en el estado de ánimo
- Depresión
- Miedo injustificado
- Susplicia
- Pérdida de peso
- Trastornos del sueño

4. MDMA 3-4 (Éxtasis, ectisi, tacha)

Sustancia de abuso perteneciente al grupo llamado de diseño, sintetizada en 1910 por los Laboratorios Merck de Alemania como fármaco anorexígeno, en los años 70 y 80 se utilizó de nuevo con fines de experimentación coterapéutica, en 1985 se demostró su neurotoxicidad en animales y se catalogó como droga de uso restringido

Hoy, sin uso médico autorizado, se fabrica en laboratorios clandestinos para uso recreacional, lo que permitió la llamada moda MDMA que en América y en Europa impulsó al movimiento rave, caracterizado por fiestas intensas y prolongadas, con serias consecuencias para los consumidores.

a. Usos y efectos

- Se consume por vía oral en forma de tabletas cruzadas (tachas) en dosis de 50 a 150 mg.
- Sus efectos se inician media hora después y duran entre 4 y 5 horas.
- En dosis bajas produce: alucinaciones visuales, bienestar, euforia, aumento de autoestima.
- Sus manifestaciones clínicas tienen tres etapas:
 - **Primera etapa:** Desorientación
 - **Segunda etapa:** Desinhibición y euforia exagerada
 - **Tercera etapa:** Tendencia exagerada a la sociabilidad, hipersensibilidad al tacto, búsqueda indiscriminada de contacto con otras personas.

b. Complicaciones

Intoxicación aguda:

- Confusión, depresión, ansiedad, somnolencia, dolor muscular, dificultad para pensar, alucinaciones y paranoia.

Intoxicación crónica:

- Destrucción de neuronas serotoninérgicas, alteración de la afectividad, del sueño, del funcionamiento sexual, del apetito y de la sensopercepción.

Síndrome de ansiedad crónica:

- En algunos casos se ha presentado crisis hipertensivas que ocasionan hemorragia intracerebral, dolor intenso en el pecho (de origen no cardiaco), hepatitis tóxica, psicosis tipo paranoide, trastorno leve y moderado de la memoria, arritmias cardiacas y, en ocasiones, la muerte.

5. Otras drogas de diseño

- **Dimetoxi-metil-anfetamina (DOM)** conocido como “serenidad”
- Opioides sintéticos “china white” (heroína sintética derivada del fentanilo)
- Análogos de la Mepedrina MPTP
- Derivados de las metacualonas PCP (Folnodal ángel)

C. COMPLICACIONES

Se debe dejar claro que, independientemente de las alteraciones mentales que condiciona el uso de anfetaminas, estas interfieren con el funcionamiento laboral, familiar y social, condicionan una conducta de búsqueda de la droga y alteran la economía personal y familiar.

1. Principales complicaciones

- Insuficiencia renal
- Rabdomiolisis
- Hemorragia subaracnoidea
- Hematoma intracerebral
- Edema cerebral
- Coagulación intravascular diseminada
- Distintas alteraciones respiratorias
- Hiperhidratación y desbalance hidroelectrolítico
- Otro riesgo importante es el consumo de otras sustancias como alcohol, hipnóticos, sedantes o ansiolíticos.

2. Intoxicación

Además de las enumeradas en la segunda unidad, apartado II-B, se presenta:

- Elevación notable de la tensión arterial que puede llevar a edema pulmonar o hemorragia cerebral
- Puede precipitar angor pectoris o infarto del miocardio
- Cuando afecta el cerebro se manifiesta por:
 - Inquietud
 - Temblor
 - Insomnio
 - Ansiedad
- En concentraciones muy altas:
 - Paranoia
- Dosis muy tóxicas
 - Dificultades respiratorias, cianosis, ataxia
 - Pérdida de funciones sensoriales
 - Tetania
 - Convulsiones tónico clónicas
 - Disminución de la conciencia
 - Coma
 - Temblor

3. Trastornos psiquiátricos coexistentes: delirium, trastornos delirantes y labilidad afectiva.

El delirium por ingesta de simpaticomiméticos aparece generalmente dentro de las primeras 24 horas de su administración (cuadro psicótico confusional) con: ideas delirantes de tipo persecutorio, alteraciones de la imagen corporal o en la percepción de las caras, lo que puede provocar conducta violenta o destructiva y alucinaciones táctiles y olfativas.

4. Trastornos físicos coexistentes

- Por el efecto adrenérgico, pueden verse complicaciones graves como:
 - HTA
 - Infarto del miocardio
 - Arteritis necrotizante, tromboflebitis
 - Hemorragias vasculares
 - Insuficiencia cardiorrespiratoria
 - Crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas.
 - Arritmias cardiacas.

La hipertensión arterial grave (>140/110), con todas las complicaciones, implica tratamiento inmediato, así como el manejo adecuado de las crisis convulsivas, control cardiovascular con monitoreo y electrocardiograma y, mantener la adecuada oxigenación.

D. ABORDAJE INTEGRAL A LA PERSONA CONSUMIDORA DE ANFETAMINAS

1. Tratamiento del síndrome de abstinencia

- Manejo paliativo con administración de antidepresivos, mínimo de 3 a 6 meses, e hipnóticos por un tiempo no mayor de 2 a 3 semanas.
- Antidepresivos tricíclicos como la desipramina (norpramin) y la imipramina (tofranil), son los más usados como un intento de estabilizar los sistemas catecolaminérgicos.
- También se ha usado la fluoxitina, 20 a 40 mg/día, el Ludiomil (maprotilina) 150 a 200 mg/día, antidepresivo tetracíclico noradrenérgico, que parece controlar la apetencia por el psicotrópico durante el primer mes después de la discontinuación del consumo.
- Los neurolepticos en dosis bajas se usan para aliviar algunos componentes del síndrome de abstinencia.
- Este tratamiento se puede dar en el EBAIS

2. Criterios de referencia a un centro hospitalario

Se considera la gravedad del caso, que depende de la dosis, la historia de intoxicación, la ausencia de complicaciones físicas y la evolución favorable de la intoxicación.

A menos que ocurra una complicación, es de esperarse que una intoxicación aguda por anfetaminas y simpaticomiméticos de acción similar, no persista más de 2 a 4 horas.

Criterios de referencia

Los pacientes que desarrollan fiebre, arritmia cardíaca, agitación psicomotora, elevación no controlable de la presión arterial, deterioro progresivo de la conciencia o datos neurológicos sugestivos de accidente cerebro vascular, deben ser ingresados a un hospital inmediatamente.

Referencias Bibliográficas

- Alvarez Fernández, R. **Antología de Promoción de la Salud**. Universidad Estatal a Distancia. Costa Rica. 2002
- American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical manual of mental disorders**, Fourth Edition: DSM-IV. Masson S.A, Barcelona: ES, 1995.
- American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**, fourth edition: DSM-IV. Masson S.A, Barcelona: ES, 1995.
- American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**, fourth edition: DSM-IV. Masson S.A, Barcelona: ES, 1995.
- American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, IV edición** (DSM IV), Masson S.A. México. 1995.
- Barahona, Vera. 2002. **La violencia Domestica y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas en la mujer: Un estudio realizado en la Delegación de la Mujer, de San José**. Tesis Maestría académica. San José, Costa Rica. Ciudad Universitaria "Rodrigo Facio,".
- Barahona, Vera. **La violencia Domestica y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas en la mujer: Un estudio realizado en la Delegación de la Mujer, de San Jose**. Tesis Maestría Académica, San José, Costa Rica. Ciudad Universitaria "Rodrigo Facio," Costa Rica. 2002. Paginas 151-159.
- Bejarano, Julio. Ugalde, Federico. **Consumo de drogas en Costa Rica: Resultados de la encuesta nacional 2000-2001**. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. San José, C.R. 2003
- Bert ran G. 2001 **Basic and Clinical Pharmacology**. Octava edition. Editorial Mc Graw Hill.
- Bertan G. 2001 **Basic and Clinical Pharmacology**. Octava edición. Editorial Mc Graw Hi
- Bertram G. **Basic and clinical Pharmacology**. 8°, ed. Editorial Mc Graw Hill, 2001.
- Blum, K., Cull, JG., Comings, EE. "**Síndrome de Deficiencia Gratificante o Compensatoria**". *American Scientists*, marzo-abril 1996.
- Bohman, M.; Sigvardsson, S.; & Cloninger, C.R. **Maternal inheritance of alcohol abuse**: Cross-fostering analysis of adopted women. *Archives of General Psychiatry* 38:965-969, 1981.
- Botvin, Gilbert. **Preventing drug abuse throught the schools. Intervention programs that work**. National conference on drug abuse prevention research. Pg 43-56
- CCSS. Departamento de Salud Mental. Dirección Técnica de Servicios de Salud. "**Proyecto: El nuevo rol de la CCSS frente a las adicciones como problema de Salud Pública En Costa Rica**" 2000

Centro de Integración juvenil, A. C. **Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos**- 1997 Edición: Dirección de promoción institucional pagina 85.

Centro de Integración juvenil, A. C. **Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos**. 1997 Edición: Dirección de promoción institucional pagina 85.

Cloninger, C.R.; Bohman, M.; & Sigvardsson, S. **Inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering analysis of adopted men**. *Archives of General Psychiatry* 36:861-868, 1981,

Debe, Alan. **Epidemiología y Administración de Servicios de Salud**. OPS/OMOS. 1991

Dodes L.M.: **Addiction, helplessness, and narcissistic rage**. *Psychoanal Q* 59:398-419, 1990.

DSII-IV **Tratado de psiquiatría** Tomo I Y II. Tercera edición (Medina, Mora y Castro, 1995)

Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos. 1997

Flores, J. 1994 **Farmacología Humana** De Masson-Salvat, segunda edición.

Flores, J. 1994 **Farmacología Humana De Masson- Salvat**, segunda edición.

Flores, J. 1994. **Farmacología Humana De Masson- Salvat**, segunda edición.

Flores, J. **Farmacología Humana 2º**. Ed. Editorial Masson- Salvat, 1994.

Galanter, M. y Kleber H.D. editores. **Tratamiento de los Trastornos por Abuso de Sustancias de la American Psychiatric Press**. Primera edición, Masson, S.A., Barcelona (España), 1997.

Gelder.M, Mayou. R, Geddes. J. **Oxford Psiquiatría 2º** Edición Editorial Marban Libros, S.L 1999. Paginas 262- 265.

Gelder.M, Mayou. R, Geddes. J. **Oxford Psiquiatría 2º** Edición Editorial Marchan Libros, S.L 1999. Paginas 262- 265.

Godstein, A. 1998 **Adicción**. Ediciones en neurociencias.

Godstein, A. **Adicción**. Edición en Neurociencias 1998.

Golder, M y Colaboradores - **Oxford Psiquiatría 2ª** edición. Edid Marban – España 2000 – pp 271-275

Goodman y Gilman 2001. **Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica**. Décima Edición Editorial Médica Panamericana.

Goodman y Gilman 2001. **Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica**. Décima Edición. Editorial Medica Panamericana.

Goodman y Gilman 2001. **Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica**. Décima Edición. Editorial Medica Panamericana.

- Goodman y Gilman. **Las bases farmacológicas de la Terapéutica**. 10° Edición. Editorial Médica Panamericana, 2001.
- Goodwin, D.W.; Schulsinger, F.; Hermansen, L.; Guze, S.B.; & Winokur, G. **Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents**. *Archives of General Psychiatry* 28:238-243, 1973.
- Goodwin, D.W.; Schulsinger, F.; Moller, N.; Hermansen, L.; Winokur, G.; & Guze, S.B. **Drinking problems in adopted and nonadopted sons of alcoholics**. *Archives of General Psychiatry* 31:164-169, 1974.
- Hospital Universitario San Vicente de Paúl 1994. **Compendio de Farmacodependencia y Alcoholismo**. Medellín, Colombia.
- Hospital Universitario San Vicente de Paúl. **Compendio de Farmacodependencia y Alcoholismo**. Colombia, 1994.
- Hrubec, Z., & Omenn, G.S. **Evidence of genetic predisposition to alcoholic cirrhosis and psychosis: Twin concordances for alcoholism and its biological endpoints by zygosity among male veterans**. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 5:207-212, 1981.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. **Manejo integral de la Farmacodependencia en Costa Rica**. San José, CR: IAFA, 56-67, 1990.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. **Manejo integral de la Farmacodependencia en Costa Rica**. San José, CR: IAFA, 56-67, 1990.
- Instituto Nacional sobre abuso de drogas. **Prevención del uso de drogas entre niños y adolescentes**. Washington USA. 1997
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. **Área Desarrollo Institucional. Proceso de Investigación. Consumo de drogas en Costa Rica: resultados de la encuesta nacional del 2000-2001**. Bejarano, Julio y Ugalde, Federico. San José, CR: IAFA, 2003.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. **Área Desarrollo Institucional. Proceso de Investigación. Consumo de drogas en Costa Rica: resultados de la encuesta nacional del 2000-2001**. Bejarano, Julio y Ugalde, Federico. San José, CR: IAFA, 2003.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. **Área Desarrollo Institucional. Proceso de Investigación. Consumo de drogas en Costa Rica: resultados de la encuesta nacional del 2000-2001**. Bejarano, Julio y Ugalde, Federico. San José, CR: IAFA, 2003.
- Instituto sobre alcoholismo y farmacodependencia. **Consumo de drogas en Costa Rica: resultados de la encuesta nacional del 2000-2001**. Julio Bejarano. Federico Ugalde. San José, C.R.: IAFA 2003
- Jiménez Marten F, Jiménez Rojas F. **Manual de Normas de tratamiento Alcoholismo y Farmacodependencia**. San José, CR: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 1991. Páginas 61-70.

Jiménez Marten F, Jiménez Rojas F. **Manual de Normas de tratamiento Alcoholismo y Farmacodependencia**. San José, CR: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 1991.

Jiménez Marten F; Jiménez Rojas F. **"MANUAL DE NORMAS DE TRATAMIENTO EN ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA"**. San José, CR: Instituto Sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, 1991.

Jiménez, F. **Síndrome de intoxicación y abstinencia a drogas psicoactivas**. IAFA, San José, Costa Rica. 2000

Jiménez, F. **Síndrome de intoxicación y abstinencia a drogas psicoactivas**. IAFA, San José, Costa Rica. 2000

Jiménez, F. **Síndromes de intoxicación y abstinencia a drogas psicoactivas: recomendaciones para su manejo**. IAFA. Costa Rica, 2000.

Jiménez, Franklin. **Síndrome de intoxicación y abstinencia a drogas psicoactivas. Recomendaciones para su manejo**. IAFA, San José, Costa Rica .2000.

Jiménez, Franklin. **Síndrome de intoxicación y abstinencia a drogas psicoactivas. Recomendaciones para su manejo**. IAFA, San José, Costa Rica .2000.

Litter, M **Farmacología**. 5° ed. Argentina. Editorial Ateneo.

Litter, M. **Farmacología** quinta edición. Editorial Ateneo, Buenos Aires.

Litter, M. **Farmacología**. Quinta edición. Editorial Ateneo, Buenos Aires.

Litter, M. **Farmacología**. Quinta edición. Editorial Ateneo, Buenos Aires.

Lorenzo, Pedro, Ladero, José M; Leza Juan C.; Lizasoain, Ignacio. **Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología, Legislación**. Editorial Medica Panamericana S.A Madrid, ES, 1999

Lorenzo, Pedro, Ladero, José M; Leza Juan C.; Lizasoain, Ignacio. **Drogodependencias: Farmacología, Patología, psicología, Legislación**. Editorial Medica Panamericana S.A. Madrid, ES, 1999.

Lorenzo, Pedro, Ladero, José M; Leza Juan C.; Lizasoain, Ignacio. **Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología, Legislación**. Editorial Medica Panamericana S.A Madrid, ES, 1999

Lorenzo, Pedro, Ladero, José M; Leza Juan C.; Lizasoain, Ignacio. **Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología, Legislación**. Editorial Medica Panamericana S.A. ES, 1999.

Luján, M. 1998 **Fármacos de diseño: Efectos farmacológicos y desarrollo de estrategias terapéuticas**. Segunda Reunión del Grupo de CICAD en Reducción de la Demanda. México.

M. Gelder, R. Mayou, J. Geddes, **Oxford Psiquiatría** Segunda Edición Oxford Core Tex. Marban.

McCord y McCord, 1960

Medina-Mora, M. **Manual Para Elaborar el Diagnóstico Situacional de las Adicciones**. OPS/OMS. México. 2000

Modificado de Díaz Bagnniga SL. **Clasificación y farmacología de las sustancias psicoactivas**. Centro de Integración Juvenil, A.C. México 1996

Munist. M. **Manual de Identificación y Promoción de la resiliencia en niños y adolescentes**. OPS/OMS. U.S.A. 1998

Nestler EJ, Fitzgerald LW, Self DW: **Neurobiology, in American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Vol 14**. Edited by Oldham JM, Riba MB. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, pp 51-81

OMS. **Enseñanza en los colegios de las habilidades para vivir**. Ginebra, Suiza. 1993

Organización Juvenil en la Prevención del Consumo de Drogas, **Guías Estratégicas de Intervención**. Consejo Nacional Contra Las Adicciones. México. 2000

Organización Mundial de la Salud. **"DECIMA REVISIÓN DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES, CIE-10"** Editorial Forma, Madrid, ES: 1993.

Organización Mundial de la Salud. **Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, CIE-10**. Editorial Forma, Madrid, ES: 1993.

Organización Mundial de la Salud. **Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, CIE-10**. Editorial Forma, Madrid, ES: 1993.

Organización Mundial de la Salud. **Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, CIE-10**. Editorial Forma, Madrid, ES: 1993.

Organización Mundial de la Salud. **Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, CIE-10**. Editorial Forma, Madrid, ES: 1993.

Organización Mundial de la Salud. **Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades, CIE-10**. Editorial Forma, Madrid, ES: 1993.

Pickens, R. W., & Svikis, D.S. **Genetic influences in human substance abuse**. *Journal of Addictive Diseases* 10:205-214, 1991.

Pickens, R.W., & Svikis, D.S. **The twin method in the study of vulnerability to drug abuse**. In: **Pickens, R.W., and Svikis, D.S., eds. Biological Vulnerability to Drug Abuse**. National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series No. 89. DHHS Pub. No. (ADM)88-1590. Washington, DC; Supt. Of Docs., U.S. Govt. Print. Off., 1988, pp. 41-51.

Pickens, R.W.; Svikis, D.S.; McGue, M.; Lykken, D.T.; Heston, L.L.; & Clayton, P.J. **Heterogeneity in the inheritance of alcoholism**. *Archives of General Psychiatry* 48:19-28, 1991.

Pittman, F. **Momentos decisivos: Tratamiento de la familia en situaciones de crisis**. Ed. Paidós, 1990

Psiquiatría y salud integral. Enero/febrero 02. Vol 2. Número 1, pg 55-60

Sandi Esquivel L. **Benzodiazepinas: Indicaciones Clínicas y Dependencia.** San José, CR: IAFA, 1994.

Sellers, E. 1991 **Drug metabolism and interaction in abuse liability assessment.** British Journal of Addiction, 86: 1607-1614.

Sellers, E. 1991. **Drug metabolism and interaction in abuse liability assessment.** British Journal of Addiction, 86: 1607-1614.

Sellers, E. 1991. **Drug metabolism and interaction in abuse liability assessment.** British Journal of Addiction, 86: 1607-1614.

Sellers. **Drug metabolism and interaction in abuse liability assessment.** British Journal of Addiction, 86:1607-1614.

Souza, M., Guisa C., Díaz Barriga L. y Sánchez, R. **Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos.** Centros de Integración Juvenil. A.C., México. 1997.

Souza, M., Guisa C., Díaz Barriga L. y Sánchez, R. **Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos.** Centros de Integración Juvenil. A.C., México. 1997

Souza, M., Guisa C., Díaz Barriga L. y Sánchez, R. **Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos.** Centros de Integración Juvenil. A.C., México. 1997.

Souza, M., Guisa C., Díaz Barriga L. y Sánchez, R. **Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos.** Centros de Integración Juvenil. A.C., México. 1997.

Souza, M., Guisa C., Díaz Barriga L. y Sánchez, R. **Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos.** Centros de Integración Juvenil. A.C., México. 1997.

Souza, M., Guisa C., Díaz Barriga L. y Sánchez, R. **Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos.** Centros de Integración Juvenil. A.C., México. 1997.

The psychiatric clinics of North America. Recent advances in addictive disorders. March 1993. Norman S. Miller, MD.

Vaillant 1984

Anexo No.1

La persona consumidora de marihuana

A. MANIFESTACIONES FÍSICAS Y CONDUCTUALES DEL CONSUMIDOR

Existen cuatro tipos de consumidores de marihuana: el ocasional, el habitual, el excesivo y el adicto.

- **Consumidor ocasional:** Por casualidad, por experimentar o solidaridad con el grupo.
- **Consumidor habitual:** Consume ciertos días y bajo ciertas condiciones, por lo general en dosis bajas, ocasionalmente en exceso.
- **Consumidor excesivo:** Consume con frecuencia y alcanza la intoxicación la mayor parte de las veces.
- **Adicto a la marihuana:** Presenta un consumo progresivo en cantidad y frecuencia. Tiene obsesión por consumirla y presenta problemas asociados al consumo y síndrome de supresión.

1. Indicadores de consumo habitual

Entre otros se presenta:

- Cansancio matutino
- Cambios en el tono afectivo
- Cambios de conducta
- Severa rebeldía ante la autoridad
- Mirada ausente
- Inquietud corporal
- Congestión conjuntival
- Sueño inquieto, pesadillas
- Boca seca
- Aumento de apetito por carbohidratos
- Sed
- Tos
- Permanece más horas fuera de casa
- Amigos nuevos y costumbres diferentes
- Necesita más dinero
- Desaparece dinero y objetos de la casa
- Evita a los familiares cercanos
- Está decaído o deprimido

2. Consumidores habituales no adictos.

Existe riesgo por consumo a corto plazo, la persona presenta, entre otros síntomas presenta los siguientes:

- Ansiedad, disforia, pánico, paranoia, especialmente en los nuevos consumidores.
- Alteraciones cognitivas: memoria, atención y concentración mientras dura la intoxicación.
- Alteraciones en la coordinación psicomotriz con aumento de riesgo de accidentes.
- Aumento de riesgo de síntomas psicóticos sobre todo en personas vulnerables o con antecedentes familiares de psicosis.
- Aumento de riesgo de abortos, mortinatos o recién nacidos de bajo peso.

3. Consumo de marihuana a mediano plazo. Consumidores excesivos no adictos.

a. Cuadro clínico

- Síndrome amotivacional: Aparece en usuarios de más de 6 meses de consumo, desaparece alrededor de los 3 meses después de suspender el consumo, excepto en los consumidores de largo plazo.
- Apatía
- "Enlentecimiento"
- Torpeza
- Pereza
- Disminución de la atención y concentración
- Trastornos de la memoria
- Pérdida del interés por el arreglo personal
- Ausentismo y bajo rendimiento escolar – laboral
- Cambios frecuentes de escuela o trabajo por problemas disciplinarios.
- Expulsión y deserción escolar
- Tendencia al aislamiento y a la introversión
- Tendencia al pensamiento subjetivo y al misticismo
- Pérdida de los ideales y de las metas
- Conducta desadaptada e inapropiada
- Alteraciones del electroencefalograma y pruebas neuropsicológicas.
- Déficit cognitivo importante

4. Consumo a largo plazo

a. Cuadro clínico

- **Trastornos respiratorios:** Bronquitis, laringitis, lesiones precancerosas.
- **Síndrome de dependencia al cannabis:** Incapacidad para detenerse y pérdida de control sobre el consumo.
- **Deterioro de capacidades cognitivas:** El síndrome amotivacional se torna irreversible y se provoca una demencia.
- Cáncer de boca, faringe y esófago
- Azoospermia
- Disfunción sexual
- Psicosis tóxica con modelo esquizofrénico (cuadro con delirios y alucinaciones generalmente resistentes a los antipsicóticos habituales).

5. Tolerancia y dependencia

El uso crónico e intenso de la sustancia induce el desarrollo de cierto grado de tolerancia. Existe controversia de grupos minoritarios en cuanto a la dependencia física, pero sí hay total acuerdo en la dependencia psicológica.

B. DIAGNÓSTICO

1. Criterios generales para determinar consumo

- Euforia y desinhibición. (Es lo que atrae a los adolescentes)
- Ansiedad y agitación
- Suspiciousidad e ideación paranoide
- Lentitud temporal (sensación de que el tiempo pasa muy despacio y/o la apariencia de un rápido flujo de ideas)
- Juicio alterado
- Deterioro de la atención
- Ilusiones auditivas, visuales y táctiles
- Alucinaciones con la orientación conservada
- Despersonalización
- Desrealización
- Interferencia en el funcionamiento personal

Al menos uno de los siguientes signos deben estar presentes

- Apetito aumentado
- Boca seca
- Inyección conjuntival
- Taquicardia

Cuando deba hacerse el diagnóstico diferencial sin una historia clínica clara y completa, o sin análisis toxicológicos de sangre y orina, el diagnóstico puede clasificarse de provisional.

2. Manifestaciones de intoxicación.

Usualmente comienzan tras los primeros 5 minutos después que la sustancia ha sido fumada, alcanza sus máximos efectos con los primeros 30 minutos, las manifestaciones suelen persistir a lo largo de tres horas y luego desaparecen escalonadamente.

Manifestaciones.

- La intoxicación, por lo general, suele ser un proceso autolimitado, sin embargo, cuando es muy intensa y los niveles plasmáticos de THC (*tetrahidrocannabinoides*) son altos, la marihuana actúa como un alucinógeno capaz de producir cuadros esquizofreniformes de intensidad moderada o severa
- En casos serios existe confusión, delirio, paranoia, alucinaciones y agitación psicomotora. Se conforman un verdadero cuadro psicótico de características esquizofreniformes.
- Grandes dosis pueden producir disminución de la presión arterial, con pulso rápido y enfriamiento de extremidades
- Las crisis de pánico pueden presentarse como síntomas secundarios a la intoxicación.

C. EFECTOS DE LA SUSTANCIA

La marihuana es una droga neurotóxica; produce efectos sobre el estado de ánimo, la percepción, los procesos cognitivos y el estado de conciencia. Su acción fundamental es sobre el cerebro, afecta las funciones de percepción, ubicación de tiempo y sentido del "yo".

Existen receptores específicos para cannabinoides en los ganglios basales, hipocampo, corteza cerebral y cuerpo estriado, también se han identificado receptores en el corazón, intestino delgado, testículos próstata, vejiga urinaria, útero, esperma, amígdalas, ano, sangre, médula ósea, células inmunitarias y bocio.

D. TRATAMIENTO

El tratamiento depende de la severidad de la intoxicación.

- **Intoxicación leve:** No requiere tratamiento, desaparece rápidamente
- **Intoxicación severa o en crisis de pánico:** Está indicado el uso de ansiolíticos: Diazepán 10-20 mg Intramuscular alivia la ansiedad y angustia)
- **Cuadros psicóticos con agitación psicomotora:** Requiere tratamiento con Haloperidol 5-10 mg c/8 hs Intramuscular, junto con 10 mg de Diazepan intravenoso u oralcada 12 horas
- **La taquicardia:** Puede ser controlada con Propanolol 40 mg bid o tid
- **Tratamiento sintomático:** Tranquilizantes benzodiazepínicos en dosis convencionales, por no más de 10 días, en otros casos puede no requerir tratamiento.
- Si la magnitud del cuadro no es severa, se puede manejar en el EBAIS, con desintoxicación ambulatoria.

E. RIESGOS, COMPLICACIONES E INTERACCIONES

1. Síndrome de abstinencia

CIE-10 reconoce que no existen aún criterios diagnósticos para hablar de este síndrome, pese a ello, en los consumidores crónicos puede verse un episodio que oscila entre varias horas a 7 días, que incluye ansiedad, inestabilidad, diaforesis y dolores musculares.

2. Complicaciones

a. Sistema respiratorio

- Produce relajación de la musculatura bronquial
- El alquitrán produce cambios precancerosos
- Alergias respiratorias por intensa irritación de la mucosa bronquial
- Bronquitis
- EPOC

b. Sistema reproductor

- En mujeres, los ciclos anovulatorios y la infertilidad son frecuentes
- En varones, hay disminución de la libido o de la función vasoeréctil que se relaciona con impotencia y disminución de valores de luteotrofina, testosterona y recuento de espermatozoides.
- Por lo general los problemas de infertilidad son transitorios y no requieren de tratamiento hormonal.

c. Sistema cardiovascular

- En grandes cantidades, produce aumento de la frecuencia cardiaca, proporcional a la dosis consumida.
- Si bien las arritmias y la taquicardia remiten espontáneamente, en ocasiones, es necesario prescribir propanolol y antiarrítmicos.
- La hipotensión arterial puede requerir soluciones parenterales y/o vasoconstrictores.

d. Sistema inmune

La depresión del sistema inmune ha sido reportada en un número importante de consumidores.

- Puede ocurrir con el uso crónico de la sustancia y tener implicaciones importantes en el caso de infección por el VIH
- La normalización del sistema inmune suele darse cuando se interrumpe el consumo
- Pueden aparecer episodios diarreicos y alteraciones de la función hepática

e. Trastornos psiquiátricos coexistentes

- Trastorno delirante de estructura paranoide, ideas delirantes de tipo persecutorio
- Síntomas asociados: ansiedad, labilidad emocional, despersonalización, amnesia posterior

El tratamiento inmediato es con ansiolíticos y neurolepticos, de acuerdo a lo anotado antes.

F. CRITERIOS DE REFERENCIA

Se debe referir al paciente cuando presenta: un trastorno delirante que no cede en varios días a pesar del tratamiento con ansiolíticos y neurolepticos, en estos casos debe plantearse la consulta a psiquiatría y valorar internamiento por tiempo breve, según la evolución del cuadro. El manejo de las complicaciones físicas se determina de acuerdo con la severidad del caso.

G. ABORDAJE INTEGRAL

Es importante recordar los aspectos sociales y culturales ya mencionados que rodean esta sustancia, de esta forma se puede reconocer algunas características propias del inicio del contacto. Quienes la prueban por primera vez, generalmente la reciben de un amigo o compañero y no de un traficante. Es en la escuela y no en la calle, uno de los lugares donde se consume por primera vez y la edad de inicio del consumo es cada vez menor.

Anexo No. 2

La persona consumidora de cocaína y crack o en riesgo

A. MANIFESTACIONES FÍSICAS Y CONDUCTUALES EN EL CONSUMIDOR

Los efectos más observables son de tipo conductual, de modo que los principales síntomas se derivan presumiblemente de su efecto estimulante sobre el sistema nervioso central, no obstante, solo el 30 % de los sujetos intoxicados con cocaína presentan un estado mental alterado como causa principal de consulta, por lo que no es habitual consultar por su consumo.

En pequeñas cantidades aumenta la actividad motora sin afectar la coordinación, pero a dosis altas se produce incoordinación motora, genera estimulación excesiva de la médula espinal y facilita la presencia de convulsiones generalizadas tónico clónicas.

Las vías de administración en esta sustancia son: inhalada, intravenosa y nasal, los usos más frecuentes son: anestésico local, vasoconstrictor y antihemorrágico

B. EFECTOS DE LA SUSTANCIA

1. Biodisponibilidad

- El pico de concentración en la sangre se da entre 5 y 30 minutos posteriores a la administración, dos horas después se ha eliminado la mayor parte de la droga.
- Tiene vida media 1 hora. El efecto puede prolongarse por 4 horas
- Sobre la mucosa nasal, el efecto de la droga puede durar hasta 3 horas debido a la vasoconstricción que se produce por esta vía.
- Se metaboliza en el hígado.

2. Sistema cardiovascular

- Produce hipertensión arterial, taquicardia y vasoconstricción localizada.
- Al aumentar la descarga catecolaminérgica en el sistema simpático, se incrementa el nivel de catecolaminas circulantes y se produce una excesiva estimulación de los receptores Alfa y Beta adrenérgicos periféricos por lo que muchas complicaciones cardiovasculares se producen durante la intoxicación como consecuencia de una crisis adrenérgica

3. Efectos en el sistema respiratorio

Es frecuente el broncoespasmo con disnea y respiración sibilante.

4. Efectos sobre la conducta y las emociones

a. Intoxicación

Cuando se consume en grandes cantidades y en las primeras 24 horas, se produce euforia, aumento de la sociabilidad, hipervigilancia, ansiedad, tensión, cólera, deterioro de la capacidad de juicio laboral y social, que se presenta durante o poco tiempo después del consumo.

b. Trastorno psicótico

Susplicacia, delirios de persecución, violencia, temor, alucinaciones auditivas y táctiles, violencia y terror con el cese del consumo, desaparece en pocos días

c. Trastorno del estado de ánimo

Euforia, creencias o gestos grandiosos, sensación de aumento de energía, interferencia con el funcionamiento laboral, insomnio, verborrea, exaltación, o ánimo depresivo, falta de interés por las actividades en todas las áreas.

d. Trastorno de ansiedad

La ansiedad es de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones y compulsiones predominan en el cuadro clínico.

Los síntomas de ansiedad aparecen en la intoxicación o en la abstinencia en el mes siguiente.

5. Síndrome de abstinencia

El inicio es dramático o insidioso, a nivel físico produce molestias musculares y diferentes dolores, a nivel psicológico se presenta en dos fases:

1era fase: De primeras 9 horas a 14 días se presenta la fase aguda, con intenso deseo por la droga, gran agitación y sentimientos depresivos, hay disminución del apetito, insomnio y fatiga. Termina con depresión continua, el paciente exhausto y disminución del deseo por la droga, como rebote hay aumento del apetito y gran necesidad de dormir.

2da fase: Siguiendo 10 semanas Los patrones del sueño tienden a normalizarse, disminuye la necesidad de la droga, el humor se normaliza medianamente, recrudescen la fatiga y la ansiedad se asocia con anhedonia (incapacidad para experimentar placer).

C. RIESGOS, COMPLICACIONES E INTERACCIONES

El consumo de cocaína y los trastornos que provoca, afectan a todos los grupos socioeconómicos, sin distinción de edad y sexo, son más frecuentes los trastornos en sujetos con edad entre 18 y 30 años

1. Riesgos y complicaciones

a. En el adulto

El consumo permanente y el aumento por la tolerancia, hacen que abandone las obligaciones con su familia, y laborales, pues necesita mucho tiempo y llega a abandonarlo todo para consumir. Esto motiva problemas conyugales, abandono de la familia, pérdida del trabajo y a veces empobrecimiento y múltiples deudas.

b. En los adolescentes

Se Inician los problemas con el rendimiento académico e, incluso, con el abandono de las aulas, lo que conduce a la separación de sus amistades, de la familia y se relacionan con personas de dudosa reputación.

2. Interacción con otras sustancias

- Como el efecto es de poca duración y el precio de las dosis es elevado, frecuentemente se combina con otras drogas para prolongarlo.
- El adicto a la cocaína a menudo usa alcohol o la combina con marihuana, heroína, metanfetamina o polvo del ángel.
- Esta tendencia a formar adicciones múltiples aumenta la peligrosidad y dificulta la recuperación.

D. DETECCIÓN OPORTUNA DEL PROBLEMA

- **Aviso por terceros:** vecinos, familiares cercanos del adicto o compañeros de trabajo.

Es importante establecer relaciones adecuadas con quienes asisten al EBAIS, pues por su medio podemos conocer si en la comunidad existe algún problema de este tipo.

- **Preguntas claves:**

Preguntas abiertas y no ofensivas, ¿Consumes alguna sustancia potencialmente adictiva?, ¿Ha tenido problemas de alguna índole con el consumo? ¿Repercusión social, laboral o familiar por este tipo de consumo?

- Examen físico en busca de huellas, lesiones o cicatrices.

E. ABORDAJE INTEGRAL

Incluye cuatro etapas: diagnóstico, diagnóstico diferencial, inducción y referencia.

1. Diagnóstico

En la historia clínica, se debe enfatizar en:

- Motivo de la consulta
- Análisis de la carrera adictiva
- Análisis del grado de deterioro biológico, psicológico y social.

2. Diagnóstico diferencial

Se debe distinguir de otras patologías como:

- Trastornos del estado de ánimo,
- Trastornos psicóticos
- Trastornos de ansiedad

En estos, la alteración es puramente psicológico, sin que intervenga el uso o abuso de sustancia

3. Inducción

Sensibilizar a la persona y a la familia con el problema y valorar las alternativas de abordaje.

4. Referencia

- A programas para personas consumidoras
- A grupos de narcóticos anónimos y otros
- Si hay trastornos de conducta que no puedan ser manejados en el EBAIS, se debe referir a un servicio de emergencia psiquiátrica.
- Al egreso, dar seguimiento para evitar recaídas.

ANEXO No. 3

La persona consumidora de opiáceos

A. ASPECTOS GENERALES

Los derivados del opio de interés en este módulo son: el **sulfato de morfina**, que cuenta con controles estrictos para su prescripción y la **codeína** y **acetaminofén con codeína**, sobre los cuales no existen controles.

1. Manifestaciones en el consumidor

a. Físicas

Sistema cardiovascular

- En dosis altas produce acción depresora, bradicardia, arritmias, síntomas del ritmo cardíaco, que parecen corresponder al aumento de tono vagal por inhibición de las colinesterasas.
- Los efectos sedantes, hipnóticos y ansiolíticos pueden ser potencializados por las fenotiazinas, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la MAO.

Sistema respiratorio

Actúan como depresores primarios de los centros respiratorios del tallo cerebral.

b. Conducta y emociones

- Los opiáceos tienen un efecto analgésico selectivo, sin afectar otras modalidades perceptuales.
- Producen omnubilación, somnolencia y cambios en el estado de ánimo; miedo, ansiedad, euforia, lentitud psicomotora, apatía y dificultad en la concentración.
- Los síntomas varían según el tipo de opiáceo administrado.

2. Riesgos, complicaciones e interacciones

a. Riesgos y complicaciones

a¹. Tolerancia y dependencia

Puede establecerse a partir de la utilización de casi todos los opiáceos, siempre que la administración sea continua o a dosis altas.

Aparece unos días después de administrar la sustancia de manera continua o antes.

b¹. Síndrome de intoxicación

Además de los síntomas enumerados en la segunda unidad, apartado II-B, presenta:

- Apatía y sedación
- Desinhibición
- “Enlentecimiento” psicomotor
- Deterioro de la atención.
- Juicio alterado.
- Somnolencia.
- Disartria.
- Miosis.
- Nivel de conciencia disminuido, (estupor, coma)
- Cuando es grave puede haber:
 - Hipotensión
 - Hipotermia.
 - Disminución de reflejos osteotendinosos.

c¹. Síndrome de abstinencia

Depende de: el tipo de droga, la dosis, la duración del uso y el período transcurrido desde la última dosis.

Fases, signos y síntomas de la abstinencia

- Primeras 12 horas: Incomodidad física, enrojecimiento de ojos, secreción nasal, sudoración, bostezos, estornudos, sueño inquieto, lagrimeo y marcada necesidad de la droga.
- 12 a 24 horas: Con un pico entre el 2do y 3er día: Somnolencia, midriasis, anorexia, piloerección, tremor, irritabilidad, fatiga, ansiedad, inquietud, depresión, dolores musculares de espalda.
- 36 a 72 horas: Es el punto álgido del síndrome. Insomnio, bostezos, síndrome catarral con debilidad, escalofríos, crisis de rubor facial y del cuello, desórdenes gastrointestinales (diarrea), espasmos musculares, eyaculación y orgasmo espontáneos, irritabilidad y dolor cólico abdominal, aumento de presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura y frecuencia respiratoria, pulso variable, dolor óseo, calambres musculares y dolor en piernas o cuerpo.
- El síndrome mejora el 5to día y desaparece entre el 8vo y 10mo día.

b. Interacciones

El adicto a la heroína suele combinarla con alcohol, barbitúricos o cocaína. Ya se ha hablado del efecto de potencialización por la combinación de dos sustancias, lo que aumenta el riesgo de sobredosis. Ejemplo: Combinación de cocaína con heroína, llamado speed ball.

B. ABORDAJE INTEGRAL

El abordaje se lleva a cabo en 5 fases: detección, diagnóstico, intervención, plan de trabajo y seguimiento.

Etapas del abordaje

- **Detección oportuna del problema:** Aviso de la situación por familiares o allegados, entrevista con preguntas claves al paciente y familia, examen físico en busca de lesiones o cicatrices.
- **Diagnóstico:** Puede ser que el paciente solicite asistencia médica por algún trastorno físico o emocional, como los antes expuestos.
- **Intervención:** Inducción, sensibilización y posibilidad de abordaje integral.

- **Plan de trabajo:** Internamiento para desintoxicación y deshabitación y posteriormente incorporarlo a un grupo de narcóticos anónimos.
- **Seguimiento:** por referencia y contra referencia entre el EBAIS y los demás niveles de atención.

ANEXO No. 4

La persona consumidora de sustancias inhalables

A. CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMIDOR

1. Hallazgos más frecuentes

Los hallazgos más frecuentes en la persona consumidora de inhalables son:

- Higiene deficiente,
- Dificultades con la policía,
- Discordancia familiar,
- Problemas en el escuela,
- Deficiencia en el juicio,
- Fobias,
- Aumento de peso,
- Daño potencial hacia sí mismo y hacia los demás.

2. Tipos de consumidor:

El mayor grupo está integrado por jóvenes de aproximadamente 12 ó 13 años, en su mayoría consumidores ocasionales, adolescentes que consumen varios tipos de drogas, no solo solventes y un grupo menos numeroso donde están los adultos con un consumo frecuente y con secuelas más importantes.

3. Formas de consumo

La técnica utilizada generalmente consiste en introducir el producto en una bolsa de plástico, ajustar el orificio a la boca y la nariz y aspirar los vapores desprendidos.

Existen otras formas más complejas como aspirarlo del envase original o depositarlo en una lata metálica y, mediante calentamiento, aumentar la liberación de vapores. Incluso, para pasar inadvertido y poder inhalar en lugares públicos, el producto puede introducirse en una lata de cerveza o en un inhalador nasal.

B. EFECTOS DE LA SUSTANCIA

Dependen de la concentración de la droga en el tejido y a su vez, ésta dependerá de la concentración de la droga en la sangre, la que estará determinada por la dosis usada (concentración de la sustancia en el aire inspirado). Esto quiere decir que hay una serie de efectos relacionados con la dosis:

1. Efectos iniciales

Al inicio, el consumidor experimenta:

- Sentimientos de euforia
- Desinhibición
- Presencia de ruidos tintineantes (tinnitus)
- Vértigo
- Dificultad visual por trastornos del enfoque: visión doble
- Lagrimeo
- Dilatación pupilar

Además puede presentar:

- Falta de coordinación: ataxia, movimientos lentos e incoordinados.
- Trastornos perceptuales y sensoriales: liviandad, disociación del medio, ilusiones, alucinaciones visuales y, menos frecuentemente, auditivas
- Alteraciones del juicio
- Trastornos del lenguaje: disartria
- Trastornos del afecto: labilidad afectiva, excitación o depresión.
- Alteraciones del estado de conciencia: letargo, obnubilación, estupor y coma.
- Otros síntomas neurológicos:
- amnesia (hay consenso de que existe algún grado de amnesia en la fase de recuperación de la intoxicación)
- crisis convulsivas y
- alteraciones del patrón electroencefálico.

2. Efectos en otros sistemas

- **Cardiovascular:** taquicardia, arritmias cardíacas, hipotensión, falla cardíaca
- **Respiratorio:** estornudos, tos, secreción nasal, depresión respiratoria, traqueo-laringoespasma.
- **Gastrointestinal:** náusea, vómito, diarrea, pérdida del apetito
- **Otros:** dolor torácico, mialgias y artralgias, cefalea, irritación ocular, sofocación.

C. RIESGOS

Existe tolerancia a dosis altas, a pesar de que hay poca evidencia; parece que la tolerancia puede ser cruzada hacia otras sustancias químicas.

No hay un síndrome de supresión clínicamente relevante, sin embargo, se ha reportado uno para el **tolueno** caracterizado por: ansiedad, depresión, irritabilidad, agresividad, trémor, náusea, insomnio y parestesias.

La exposición laboral a estas sustancias puede producir casos de disnea, tos seca y dolor torácico, entre otras consecuencias patológicas.

D. COMPLICACIONES

Son de dos tipos: agudas y crónicas.

1. Agudas

- La aspiración de derivados del petróleo puede producir neumonitis química fulminante
- El benceno puede originar alteraciones hematológicas
- La gasolina produce rabdomiolisis aguda
- Con el tolueno se han detectado elevaciones de la creatinina.

2. Crónicas

No son frecuentes, dado que solo un pequeño porcentaje de individuos continúa usando estas circunstancias en la edad adulta.

En algunos casos puede ocurrir: ataxia, disartria y eritema y erosiones periorales, que suelen ser más marcados en consumidores que utilizan bolsas de plástico.

- **El tricloroetileno** puede producir necrosis hepática; miopatías alteración hidroelectrolítica (acidosis metabólica).
- **El benceno** produce depresión de la médula ósea.
- **El tolueno**, durante la gestación, produce embriopatía toluénica

3. Interacciones

La interacción de estas sustancias con otros depresores del sistema nervioso central, puede potenciar la acción depresora.

E. DIAGNOSTICO

Para sospechar el consumo de estas sustancias, debe existir comportamiento alterado como se evidencia por al menos uno de los siguientes signos y síntomas:

- Apatía y letargo
- Tendencia a discutir
- Agresividad
- Labilidad afectiva o inestabilidad del humor
- Juicio alterado
- Deterioro de memoria y atención
- Retardo psicomotor
- Interferencia en el funcionamiento personal
- Marcha inestable
- Dificultad para mantenerse en pie
- Disartria
- Nistagmo
- Nivel de conciencia disminuido (P.ej. estupor/ estado de coma)
- Debilidad muscular
- Visión borrosa o diplopía.

F. ABORDAJE DE LAS COMPLICACIONES.

1. Intoxicación

- a. La intoxicación moderada y severa amerita atención médica, porque se pueden presentar alteraciones que atenten contra la vida como: depresión respiratoria, arritmias cardíacas, pérdida de conciencia, sofocación, muerte súbita . El paciente requiere cuidado y soporte de las funciones vitales y control y monitoreo de las arritmias y de la depresión respiratoria.
- b. Reacciones de pánico: Por el rápido efecto de estas sustancias, las reacciones de pánico tienden a pasar sin que el individuo pueda recibir cuidados profesionales. En todo caso, estas reacciones ocurren asociadas con la inhalación de solventes y se caracterizan por importantes sentimientos de ansiedad.

El paciente debe recibir confianza, seguridad, educación y explicación sobre el origen y evolución del episodio. Se debe manejar con diazepam 5-10 mg v.o; Clordiazepoxido 10-50 mg v.o. o con benzodiazepinas solo si es necesario.

- c. La psicosis y depresión se manifiesta por: confusión, alucinaciones, labilidad afectiva, depresión y violencia.

El paciente debe recibir confianza y comodidad. Se debe manejar con Diazepan: 15-30 Mg. V.O, PRN o con Clordiazepoxido :25-50mg V.O, PRN

- d. El síndrome cerebral orgánico: Presenta un inicio rápido de confusión, desorientación y delirios, con datos electroencefalográficos de encefalopatía difusa. Los solventes pueden provocar daño cerebral permanente de predominio cerebelar, caracterizado por: marcha tambaleante, lenguaje lento o confuso y trastornos del pensamiento. Usualmente este síndrome desaparece en horas o días.

El paciente debe recibir seguridad, confianza y comodidad y se deben eliminar los estímulos irritantes, ambiguos o amenazadores.

- e. Síndrome de supresión o abstinencia: En estas sustancias no hay un síndrome de supresión clínicamente relevante.

Anexo No.5

Síndrome de feto alcohólico

El alcohol es directamente tóxico para el feto en todas las fases de su desarrollo intrauterino, aunque especialmente en la fase embionaria, durante el primer trimestre.

El síndrome se caracteriza por:

1. Deficiencia en el crecimiento: escasez de tejido adiposo, perímetro cefálico disminuido, pequeña estatura, complexión delgada, bajo peso al nacer.
2. Rasgos faciales típicos: hendiduras oculares puente nasal hendido, labio superior corto y estrecho, arruga entre nariz y boca, nariz corta y levantada, cara plana.
3. Anomalías congénitas diversas: limitación en movimiento de codo y muñecas, anomalías genitales, anomalías en ojos y orejas, fusión de vértebras cervicales, anomalías en la caja torácica, afilamiento característico de huesos largos de los dedos de manos y pies, malformaciones oculares congénitas, mayor susceptibilidad a infecciones, disminución en formación de rosetas de linfocitos b y t, cardiopatías congénitas.
4. Daño del sistema nervioso central: retraso mental, temblorosos, irritables, hipersensibles al sonido, succión débil, dificultad para alimentarse, sueño, hipotonía y retraso en el desarrollo, hiperactivos, distraídos, impulsivos e intrépidos, dificultad del lenguaje.

Criterios diagnósticos del Síndrome Feto alcohólico

CATEGORÍA 1	CATEGORÍA 2	CATEGORÍA 3
Retraso del crecimiento	Alteraciones del SNC	Anomalías craneofaciales
Prenatal o postnatal	Retardo mental	Microcefalia
	Irritabilidad e hiperactividad	Microftalmia con o sin estrechez de las hendiduras parpebrales
		Labio superior delgado, filtrum atrófico, hipotrofia mandibular

Para establecer el diagnóstico de síndrome feto alcohólico es necesario que exista al menos una anomalía de cada una de las categorías 1 y 2 de la categoría.

Formas menores se denominan trastornos congénitos relacionados con el alcohol.

Fuente: Lorenzo, Pedro; Ladero, José M.; Lesa, Juan C.; Lizasoain, Ignacio. Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología, Legislación. Editorial Médica Panamericana S.A. Madrid, España, 1999. Pág. 281

Recomendaciones

Se debe aconsejar a las mujeres gestantes que no consuman nada de alcohol durante el embarazo, ya que su uso aunque esporádico y leve es un riesgo para el feto. Tal consejo debe incluirse rutinariamente en las instrucciones del cuidado prenatal y el médico durante las entrevistas debe interrogar a sus pacientes respecto a sus hábitos de consumo.

Anexo No.6

Test CAGE

Características

Es un instrumento muy simple y corto, pero muy eficaz para detectar alcoholismo en la población general. En nuestro país se detecta el 92.1% de los enfermos.

Consta de cuatro preguntas:

- C: **Cut Down: Disminuir:** se requiere a la necesidad sentida por el sujeto, de reducir la cantidad de licor que consume.
- A: **Annoyed: Molesto:** se refiere a si el sujeto se siente molesto, porque le critican su manera de beber.
- G: **Guilty: Culpa:** se refiere a si el sujeto se siente culpable por su manera de beber.
- E: **Eye opened: Trago matutino:** se refiere a si el sujeto ha necesitado, en algún momento de un trago en la mañana para quitarse la goma.

CAGE

	Si	NO
1. ¿Ha sentido usted alguna vez la necesidad de disminuir la cantidad de alcohol que toma?	1 —	0 —
2. ¿Se ha sentido molesto porque le critican su manera de beber?	—	—
3. ¿Se ha sentido usted alguna vez mal o culpable por su manera de beber?	—	—
4. ¿Ha tomado usted alguna vez un trago, a primera hora de la mañana, para calmar los nervios o quitarse la goma?	—	—

Administración

Se recomienda su aplicación en la primera entrevista. No es apropiado para seguimiento. Puede ser autoaplicado.

Interpretación

La calificación se determinó por el número de respuestas positivas.

0 – 1	Respuesta positiva:	No alcohólico.
2	Respuesta positiva:	Alto riesgo de alcoholismo.
3-4	Respuesta positiva:	Alcohólico.

Es de suma importancia que toda persona que se detecte con problemas de consumo de drogas, se motive a tratamiento. Clarificar la magnitud del problema y sus consecuencias puede servir de estímulo para buscar ayuda.

Anexo No.7

Michigan Alcoholism Screening Test Version Abreviada IAFA (Masta)

Características

La prueba tamiz de Alcoholismo de Michigan es un instrumento de entrevista muy práctico y ágil, de fácil aplicación e interpretación que permite detectar a la población con problemas de alcoholismo. El instrumento en nuestro país detecta el 98.2% de los afectados.

Consta de trece preguntas que evalúan aspectos físicos, psicológicos y sociales.

Administración

Debe ser administrado en la primera entrevista, no se usa para seguimiento. Lo puede aplicar personal entrenado o puede ser autoadministrado.

Interpretación

Cada pregunta tiene un puntaje asignado, se suman todos para determinar el rango diagnóstico.

- 0-4 No alcohólico
- 5-6 Alto riesgo de alcoholismo
- 7 o más Alcohólico

INSTRUMENTO

NOMBRE _____

SEXO _____

ESTADO CIVIL _____

FECHA _____

ENTREVISTADOR _____

PUNTAJE: MASTA _____

MASTA (MICHIGAN ALCOHOLISM SCREENING TEST)

(VERSION ABREVIADA IAFA)

	SI	NO
1. ¿Después de haber bebido, se ha despertado alguna vez sin recordar parte de lo que hizo en la noche?	<u>2</u> _____	<u>0</u> _____
2. ¿Se preocupa o queja algún familiar por su forma de beber?	<u>1</u> _____	<u>0</u> _____
3. ¿Puede parar de beber sin dificultad, después de uno o dos tragos?	<u>0</u> _____	<u>2</u> _____
4. ¿Siente a veces remordimiento (goma moral) por haber bebido?	<u>1</u> _____	<u>0</u> _____
5. ¿Consideran sus amigos o parientes que usted bebe igual o menos que la mayoría de la gente?	<u>0</u> _____	<u>1</u> _____
6. ¿Ha asistido alguna vez a una reunión de alcohólicos anónimos u otros grupos?	<u>2</u> _____	<u>0</u> _____
7. ¿Su forma de beber le ha creado alguna vez problemas con su familia?	<u>2</u> _____	<u>0</u> _____
8. ¿Ha buscado ayuda de algún familiar o amigo por su manera de beber?	<u>2</u> _____	<u>0</u> _____
9. ¿Ha tenido problemas en el trabajo o los estudios por su forma de beber?	<u>2</u> _____	<u>0</u> _____
10. ¿Bebe a menudo antes de medio día?	<u>2</u> _____	<u>0</u> _____
11. ¿Ha tenido alguna vez episodios con temblores graves, sudoración excesiva, insomnio severo, o episodios en los que haya visto, oído o sentido cosas que realmente no existían, con o sin ataques (epilepsia alcohólica)?	<u>2</u> _____	<u>0</u> _____
12. ¿Por su forma de beber ha buscado ayuda?	<u>5</u> _____	<u>0</u> _____
13. ¿Ha estado hospitalizado a causa de problemas con la bebida?	<u>5</u> _____	<u>0</u> _____

Anexo No.8

Abordaje integral en alcoholismo

Tratamiento del individuo que tiene problemas con El consumo de alcohol

El valor de la entrevista de evaluación

Un interrogatorio detallado acerca del patrón de consumo y problemas relacionados no es solamente útil como instrumento de detección; también es el primer paso del tratamiento, condición necesaria para motivar al paciente a controlar la bebida. Sin una motivación de este tipo el tratamiento suele fracasar. Las preguntas deben ser persistentes para desvelar la magnitud del problema, pero hechas de tal modo que el paciente no sienta que se le está juzgando. Por lo general la evaluación debe incluir a la pareja, para quien la charla con un especialista puede ser la primera oportunidad de descargar sus sentimientos y obtener ayuda.

A. PLAN DE TRATAMIENTO

El tratamiento comienza con una revisión de la magnitud del consumo, presencia o no de dependencia, efectos de la bebida y las consecuencias que probablemente le acarreará el alcohol si continua bebiendo. Se inicia cualquier tratamiento médico o psiquiátrico que sea necesario y se toma una decisión sobre si es necesario la abstinencia o no (véase más adelante). El paciente tiene que implicarse en la preparación del plan de tratamiento y, si es posible, también su pareja. Hay que establecer objetivos específicos y asequibles y conseguir que el paciente se responsabilice de alcanzarlos. Estos objetivos deben incluir control del consumo, colaborar con el tratamiento de las enfermedades médicas asociadas y resolución de problemas laborales, familiares y legales. Estos objetivos iniciales tienen que ser alcanzables a corto plazo; por ejemplo, si no consume mucho, reducir la ingesta hasta el nivel seguro en las primeras dos semanas. Los objetivos no realistas, especialmente en las primeras etapas del tratamiento, conducirán al fracaso, desmoralización y vuelta a la bebida.

A medida que avanza el tratamiento se pueden añadir objetivos a más largo plazo concernientes a la mejora de las relaciones conyugales o nuevas formas de pasar el tiempo dedicado al ocio. Es necesario identificar potenciales obstáculos al tratamiento; por ejemplo, que el paciente tenga un trabajo donde el alcohol esté fácilmente disponible o sólo se relacione con gente que bebe mucho. Hay que ayudar al paciente a vencer estas dificultades.

2. Plan de tratamiento para los pacientes con problemas con el alcohol

- **Revisar con el paciente**
 - Cuánto bebe
 - Si existe dependencia
 - Discapacidades relacionadas con el alcohol.
- **Preparar la desintoxicación.** Tratamiento de enfermedades físicas o psiquiátricas urgentes.
- **Establecer objetivos asequibles respecto de**
 - Control de la bebida
 - Tratamiento de los problemas médicos
 - Resolución de problemas interpersonales
- **Manejar las dificultades prácticas**
- **Establecer nuevos intereses:** financieros, laborales, solución de problemas con la ley, etc.
- **Intentar el involucramiento de a la pareja en el plan de tratamiento**
- **Planificar la atención a largo plazo**
 - Reuniones de AA y NA
 - Ayuda para la familia

3. Abstinencia frente a consumo controlado

Es importante decidir si el fin del tratamiento es la abstinencia total de alcohol o el consumo controlado. La abstinencia sigue siendo el objetivo más apropiado para aquellos individuos con niveles peligrosos de consumo, incluyendo la dependencia. No todos los pacientes aceptarán este objetivo; o rechazan el tratamiento o bien mienten, diciendo al médico que cumplen con la abstinencia cuando siguen bebiendo. Para aquellos pacientes que consumen niveles peligrosos de alcohol, pero no son dependientes, una meta apropiada puede ser disminuir el consumo hasta el límite seguro, siempre y cuando el paciente:

- No presente complicaciones físicas graves que requieran abstinencia;
- No sea una mujer embarazada;
- Su trabajo no implique un riesgo para otros si bebe, por ejemplo los conductores de camión.

El objetivo puede ser el límite seguro habitual de 21 unidades a la semana para los hombres y 14 para las mujeres. La disminución del consumo hasta ese límite debe realizarse en varios estadios asequibles para el paciente, digamos 5 o 10 unidades por semana, pero no hay que prolongar el proceso hasta el punto de que el paciente pierda la motivación.

4. Tratamiento de grupos especiales

Mujeres: A pesar de los cambios sociales que han llevado a las mujeres a consumir más alcohol, aún les resulta difícil admitir que tienen problemas relacionados con el alcohol o dependencia. Por esta razón, el tratamiento es a menudo difícil. Los límites de consumo seguro son menores que en los hombres. Beber alcohol durante el embarazo implica riesgos para el feto.

Médicos: Su tasa de problemas con el alcohol es más alta que la media, y también les resulta difícil reconocer sus problemas y buscar ayuda, especialmente de aquellos colegas que trabajan en la misma zona. En algunos países como Gran Bretaña existe una organización nacional para médicos enfermos, que se encarga de conseguirles la ayuda que necesitan fuera de su área de trabajo.

5. Interrupción del consumo de alcohol: desintoxicación

Cuando existe una dependencia alcohólica, la interrupción brusca del alcohol puede provocar graves síntomas de abstinencia como el **delirium tremens** o crisis convulsivas. Puesto que estas complicaciones pueden ser peligrosas, la desintoxicación debería llevarse a cabo bajo supervisión médica, bien en el domicilio, bien en el hospital. En los casos menos graves, sin enfermedades físicas importantes ni antecedentes de crisis convulsivas por abstinencia, se puede realizar en casa, siempre y cuando haya alguien que cuide del paciente. Los equipos de alcohol comunitarios formados por enfermeras pueden ofrecer cuidados adicionales en las desintoxicaciones ambulatorias, muy importantes para mantener la motivación.

Puesto que es poco probable que los pacientes dependientes consigan reducir gradualmente su consumo, lo mejor suele ser abandonar totalmente el alcohol, sustituirlo por un fármaco para prevenir la aparición de **delirium tremens** o convulsiones, y después retirar el fármaco o gradualmente. Las benzodiazepinas son fármacos de primera elección. La elección de la benzodiazepina se hará en función de la rapidez de comienzo de acción. En la mayoría de las desintoxicaciones programadas, lo mejor es una benzodiazepina de vida media larga como el clordiazepóxido o el diazepam para que la abstinencia evolucione sin problemas; además, es menos probable que el paciente abuse de estos fármacos. En las desintoxicaciones no programadas, cuando ya han aparecido síntomas de abstinencia, pueden ser preferibles las benzodiazepinas de vida media corta. No hay que emplear benzodiazepinas durante más de 14 días porque el paciente puede hacerse dependiente. La clorpromazina y otros neurolépticos no están indicados porque pueden producir convulsiones; es mejor evitar el clometiazol por la dependencia cruzada y posibilidad de depresión respiratoria.

6. Pauta propuesta de desintoxicación alcohólica

Día 1: Diazepan, 80-100 mg repartidos en varias dosis

Día 2-5: Reducción gradual y completa del clordiazepóxido

- aconsejar que beba zumos de fruta y refrescos
- Administrar vitaminas por vía oral
- Si hay antecedentes de crisis convulsivas, emplear fenitoína
- Controlar los síntomas, presión arterial e ingesta de líquidos

7. Tratamiento

Las intervenciones breves que consisten en la evaluación del consumo (pidiendo al paciente que lleve un registro), información sobre los peligros del alcohol y dar consejo acerca de los límites seguros, son eficaces para reducir el consumo peligroso de alcohol. Este tipo de intervenciones breves puede realizarse tanto en Atención Primaria como en el hospital General. El médico de cabecera o los miembros del equipo de especialistas pueden emplear la terapia de resolución de problemas. El paciente puede llevar un registro de su consumo y de las circunstancias de la recaída. Los registros son útiles porque muchos pacientes recaen, y, si las recaídas se afrontan constructivamente, ofrecen la oportunidad de descubrir cómo evitarlas.

En los pacientes que no respondan a las intervenciones breves, existen intervenciones más intensivas dirigidas a: mantener la motivación; evitar las recaídas y, mejorar los problemas psicológicos que contribuyeron a la aparición del problema.

La terapia de grupo es probablemente el tratamiento más empleado en las unidades especiales, porque a menudo los pacientes aceptan consejos y apoyo de otros pacientes con problemas parecidos más que los médicos. Hay que aconsejarles que emprendan nuevas actividades con la familia como **hobbies**. Ciertos factores que provocaron o mantuvieron el problema con el alcohol, pueden requerir un tratamiento específico. Por ejemplo, terapia de pareja para problemas conyugales; psicoterapia breve en caso de que existan dificultades para manejar sentimientos de ira en las relaciones interpersonales.

B. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE MANTENIMIENTO

Disulfirán (Antabús: 100-200 mg/día). Se emplea generalmente en las consultas especializadas como un freno a la bebida impulsiva. Interfiere con el metabolismo del alcohol bloqueando una de las enzimas implicadas. El resultado es que, si se ingiere alcohol, se acumula acetaldehído, con el consiguiente enrojecimiento, cefalea, sensación de ahogo, taquicardia y ansiedad. Estos síntomas tan desagradables disuaden al paciente de beber alcohol mientras tome el fármaco.

El tratamiento con disulfirán conlleva el riesgo ocasional de sufrir arritmias cardíacas

y, rara vez, colapso cardiovascular. Así pues, antes de empezar el tratamiento hay que asegurarse de que han pasado al menos 12 horas desde la última ingesta de alcohol. El disulfiram tiene ciertos efectos colaterales indeseables, como gusto metálico persistente, síntomas gastrointestinales, dermatitis, aumento del número de micciones, impotencia, neuropatía periférica y síndrome confusional. No debería emplearse en pacientes con:

- Enfermedad cardíaca reciente;
- Ideación de suicidio grave;
- Enfermedad hepática grave.

Hay que identificar las potenciales interacciones farmacológicas, consultando la bibliografía proporcionada por el laboratorio o un tratado de referencia.

C. GRUPOS DE AUTO-AYUDA Y ORGANIZACIONES VOLUNTARIAS

Los grupos de auto-ayuda pueden ser muy útiles para ayudar a mantener la motivación. También proporcionan un apoyo muy valioso. Los pacientes que tienen problemas con el alcohol a menudo descubren que es más fácil hablar con otros que han pasado por experiencias similares.

1. Alcohólicos Anónimos (AA.AA)

Llevan a cabo reuniones en las que los miembros obtienen apoyo unos de otros. Si sufren una crisis entre dos reuniones pueden llamar por teléfono a otro miembro para que les ayude. No todos los pacientes quieren entrar en esta organización porque su requisito es la abstinencia total y las reuniones suponen confesar repetidamente los problemas y culpas de cada uno. Los que se quedan reciben ayuda, y debería animarse a todos los pacientes a que lo intenten.

Al-Anon es una organización paralela que proporciona ayuda a los cónyuges. Al-Ateen está dirigida a hijos adolescentes de bebedores excesivos.

- 2.** Grupos sobre el alcoholismo son organizaciones voluntarias que indican a los bebedores con problemas dónde pueden conseguir ayuda, proporcionan actividades sociales a los que se han recuperado, entrenan asesores y coordinan distintos servicios.
- 3.** Albergues (residencias) para los bebedores vagabundos; existen en distintos lugares, generalmente mantenidos por organizaciones voluntarias. Por lo general, la abstinencia es un requisito para quedarse, y se les proporciona asesoramiento y rehabilitación.

D. ¿CUÁNDO ACUDIR AL ESPECIALISTA?

La mayor parte de los pacientes que tienen problemas con la bebida pueden ser tratados en Atención Primaria empleando intervenciones breves. El médico de cabecera conoce al paciente y a la familia, y puede llevar a cabo el tratamiento en el contexto del bienestar general del paciente, un planteamiento que éste suele aceptar. A menudo tiene éxito: cada vez se crean más equipos de alcohol comunitarios para ayudar a los médicos de cabecera en esta misión.

Los principales motivos para derivar al especialista son:

- Síntomas graves de abstinencia, especialmente convulsiones y delirium tremens, que deberían ser considerados como urgencias.
- Desintoxicación programada cuando es adecuado realizarla en el hospital.
- Complicaciones médicas o psiquiátricas que requieren valoración especializada.
- Problemas personales o interpersonales graves que requieran tratamiento psicológico más intensivo que el asesoramiento habitual.

E. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

Para la mayoría de los pacientes, las intervenciones breves son tan eficaces como los tratamientos más intensivos. Los resultados del tratamiento en aquellos pacientes con problemas graves son malos, por lo que el objetivo debe ser la detección y el tratamiento precoz. Es importante mantener una actitud cooperadora, sin juzgar al paciente. Hay que considerar las recaídas desde un punto de vista constructivo y seguir ofreciendo ayuda. El médico de cabecera está en una posición privilegiada para observar pacientemente y esperar el momento más adecuado para intervenir.

En los estadios precoces del problema con la bebida es más probable encontrar datos de buen pronóstico:

- Buena conciencia de enfermedad
- Fuerte motivación
- Familia dispuesta a ayudar
- Trabajo estable
- Capacidad de entablar buenas relaciones
- Adecuado control de impulsos
- Habilidad para posponer gratificaciones.

Anexo No.9

Test de dependencia a la nicotina de Fagerstrom

La siguiente prueba sirve para medir la severidad de su dependencia a la nicotina y será útil en la definición de la intensidad de tratamiento.

1. ¿Cuánto tiempo después de haberse despertado fuma el primer cigarrillo?

- En los primeros cinco minutos (3 puntos)
- De 6 a 30 minutos (2 puntos)
- De 31 a 60 minutos (1 punto)
- Después de 60 minutos (0 puntos)

2. ¿Es difícil para usted no fumar en áreas donde es prohibido?

- Si (1 punto)
- No (0 puntos)

3. ¿Cuál cigarrillo le costaría más dejar?

- el primero de la mañana (1 punto)
- Cualquier otro (0 puntos)

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma por día?

- 10 ó menos (0 puntos)
- 11 a 20 (1 punto)
- 21 a 30 (2 puntos)
- 31 a más (3 puntos)

5. ¿Fuma más en las primeras horas de la mañana que el resto del día?

- Si (1 punto)
- No (0 puntos)

6. ¿Fuma usted incluso si tiene que quedarse en cama por enfermedad?

- Si (1 punto)
- No (0 puntos)

Evaluación

Dependencia baja – media = 0 a 5 puntos

Dependencia alta = 6 a 10 puntos

Anexo No.10

Programas de ayuda a fumadores para dejar el hábito

Independientemente de los factores asociados al inicio del consumo, la repetición prolongada de la conducta conduce al desarrollo de la dependencia psicológica y física.

A. ESTRATEGIAS PARA DEJAR DE FUMAR

Este programa trata de ofrecerle a la persona fumadora un apoyo práctico que le incremente sus posibilidades para mantenerse sin fumar, mediante el fortalecimiento de la auto eficacia y el sentido de autocontrol; comprendiendo los temores o inquietudes del fumador para abandonar el tabaco.

Dejar de fumar y mantenerse en esta condición, requiere esfuerzo para estar y mantenerse alerta día con día, para enfrentar situaciones que puedan propiciar un regreso al consumo de tabaco.

El vivir situaciones que enfrentan fumando, el estrés y el aumento de peso son problemas importantes de tener en cuenta.

- Pensar en no fumar solo el día de hoy. Es un tiempo que usted puede manejar.
- Realizar ejercicios de relajación y respiración ayudan a reducir la tensión muscular y el estrés.
- El ejercicio físico ayuda a sentirse mejor. Si no es parte de la rutina del fumador, puede iniciarse con una caminata diaria de diez minutos, que puede incrementar cada semana.
- Comer saludablemente es importante para no ganar peso.
- Mantenerse ocupado; practicar alguna manualidad, incrementar la lectura, cooperar con la comunidad; planificar el tiempo libre.

1. Estrategias para antes del cese abrupto

- Definir una fecha en que dejará de fumar
- Planificar que hará ese primer día sin cigarrillos
- Eliminar de la casa, carro o área de trabajo todo estímulo al fumado (cigarros, ceniceros, objetos olorosos a cigarrillo).
- Evitar el contacto con fumadores.
- Empezar a hacer ejercicio.
- Practicar ejercicios de respiración, 3-4 inhalaciones profundas y aspiraciones lentas.
- Reducir aquellas situaciones que ponen muy tenso.
- Hablar con la familia y compañeros de trabajo respecto a la decisión y buscar

- el apoyo de ellos.
- Establecer contacto con un ex fumador para que apoye (apadrine) en el esfuerzo.
 - Planear qué se va a decir y cómo se va a enfrentar en las situaciones en que le ofrezcan cigarrillos.

2. Estrategias para el momento en que deje de fumar

- Cuando aparezca la insidia, llamar a un ex fumador, respirar profundamente cuatro veces, y salir a caminar. Antes de tomar la decisión de fumar en respuesta a la insidia, esperar 10 minutos, realizar cualquier actividad, y pronto pasará.
- Utilizar sustitutos orales para satisfacer la costumbre de tener algo en la boca. Emplear, de preferencia alimentos ácidos, como: naranja, limón, eucalipto, chicles, vegetales.
- Para bloquear la necesidad de tener algo en la mano, tener a su alcance sustitutos manuales para escribir, dibujar, tejer o jugar ajedrez.
- Tener un sustituto para el efecto estimulante, empezar una rutina de ejercicios (caminatas, aeróbicos), de acuerdo con la capacidad propia. Esto favorecerá el proceso de desintoxicación de la nicotina y estimulará físicamente. Además, por su efecto relajante, dormirá mejor y aliviará la tensión del síndrome de supresión.
- Prepararse para bloquear los pensamientos positivos o experiencias placenteras relacionadas con el cigarrillo. Repasar todas las consecuencias negativas que se han tenido y puede tener el cigarrillo, así como todos los beneficios que se tendrán si deja de fumar.
- Evitar racionalizaciones para recaer; no engañarse pensando que:
“De algo habrá que morir”.
“Después se muere de otra cosa”.
“Se ha fumado mucho más y no ha pasado nada”.
“El abuelo ha fumado toda su vida y está muy bien”.
“Muchos médicos fuman”.
- No desesperarse. Lo que se siente pasará pronto, cada día será menos.
- Valorar diariamente los cambios positivos y los beneficios que se obtendrá al dejar de fumar.
- Mantenerse alerta permanentemente. La meta es la abstinencia total y debe estar muy pendiente de no probarlo.

3. Algunas cosas que no se deben hacer

- Reducir la cantidad de cigarrillos.
- Cambiar la marca del cigarrillo.
- Cambiar a pipa u otra forma de fumado.
- Actuar automáticamente.
- No pensar que no puede. ¡Claro que puede hacerlo!.

- No preocuparse mucho por el aumento de peso.
- No buscar soluciones mágicas.

B. La recaída

1. Situaciones que dan lugar a una recaída

- **Agotamiento.** Dejarse llevar a un estado de demasiado cansancio o mala salud.
- **Buena salud y suficiente descanso son importantes.** Si uno se siente mal empezará a pensar que un trago o una dosis no podría empeorar las cosas.
- **Deshonestidad.** Comienza con un patrón de pequeñas mentiras y engaños a los demás, y, luego, vienen mentiras importantes para sí mismo. Esto se llama racionalización para hacer lo que no se debería realizar.
- **Impaciencia.** Las cosas no se hacen o no suceden lo suficientemente rápido
- **Discusiones.** Tiene necesidad de tener siempre la razón, refuta puntos de vista pequeños y ridículos.
- **Depresión.** Esta puede ocurrir en ciclos y se puede manifestar como desesperación sin razón. Esto debe ser tomado en cuenta y se debe hablar sobre ella y medicarse de ser necesario.
- **Frustración.** Hay frustración con la gente y con las cosas, quiere que todo sea como uno lo desea.
- **Conmiseración.** ¿Porqué estas cosas me suceden a mí? ¡Nadie aprecia lo que estoy haciendo!
- **Exceso de confianza.** Ocurren más recaídas cuando las cosas están yendo bien que cuando no lo están.
- **Dejar a un lado la disciplina.** Dejar de asistir a las reuniones de grupo..
- **Usar otras drogas.** Usar una droga diferente a la que estaba utilizando como la cafeína y el alcohol las cuales pueden ser reforzadores para la ingesta nuevamente de la nicotina.
- **Gratitud olvidada.** Es bueno recordar donde estaba al comenzar y cuán mejor es la vida ahora.
- **Omnipotencia.** El individuo cree que tiene todas las respuestas para sí mismo y para los demás. Nadie puede decirle nada. Ignora sugerencias y consejos de los otros. En este caso la recaída es inminente a no ser que se hagan cambios drásticos.

2. Prevención de las recaídas:

Para prevenir las recaídas, el fumador debe:

- Aprender a reconocer cuándo no andan bien sus pensamientos, para evitar reforzar la parte placentera de la droga.
- Aprender a compartir sus problemas.
- Mantenerse en terapia grupal y/o individual
- Recibir ayuda para que detecte cuáles podrían ser los factores que lo llevan a una recaída (disparadores)
- Recordar situaciones anteriores de recaída para que aprenda de esta experiencia
- Plantearse la posibilidad de recaer y ver esto como una situación que no necesariamente lo lleva a una recaída total
- Reconocer en el futuro cuales podrían ser las situaciones de mayor riesgo para recaer y que hacer para controlarlas.
- Realizar metas posibles a corto, mediano y largo plazo
- Tener seguimiento para hacer conjuntamente un análisis sobre las situaciones difíciles y como fueron enfrentadas.
- Mantener tratamiento medicamentoso cuando el caso así lo requiera.

3. Impacto psicológico de la recaída

a. En el sujeto

La recaída además de significar el resurgimiento de una conducta adictiva, puede llevar un impacto profundo psicológico sobre la persona. El individuo que ha recaído puede experimentar sensaciones de fracaso, culpa y sentirse indefenso por presentar una disminución en los niveles de autoestima y de confianza, lo que genera un estado de desmoralización y desesperanza. Esto puede hacer que la persona se sienta tan mal que decida seguir consumiendo la droga hasta llegar a una recaída total.

b. Estrategias de abordaje para el paciente

La intervención terapéutica es fundamental. Todo profesional debe considerar tanto el consumo puntual como la recaída como hechos probables que van a suceder desde el mismo inicio del tratamiento.

En la recaída puntual el objetivo principal es lograr que el paciente considere ese consumo como un suceso único, un error y no como un proceso irreversible que irremediablemente lo llevará a una recaída total.

Cuando el caso sea de un paciente que ha recaído, el objetivo primordial debe ser facilitar que el propio paciente siga contemplando de que posibilidad de cambio renueve su determinación y compromiso y reanude los esfuerzos enfocados a conseguir la abstinencia. Este debe ser un proceso en donde el individuo debe aprender a través de su propia experiencia.

Además:

- Mejorará su autoestima al sentirse más saludable
- Incrementará su poder en la toma de decisiones
- Al mejorar su capacidad respiratoria, disfrutará más el ejercicio y las actividades al aire libre.
- No sufrirá la incomodidad o el rechazo al compartir con personas no fumadoras
- Evitará la preocupación de conseguir cigarrillos
- Sin oler a cigarrillo, con aliento fresco, sin ojos irritados y sin dientes manchados, lucirá mejor.
- Se despertará por la mañana sin la ansiedad de fumar.
- Disfrutará más de su relación de pareja y de su vida sexual.
- Economizará dinero
- Reducirá riesgos como quemar su ropa, muebles, etc.
- Si está embarazada, su bebé nacerá mucho mejor
- Dará un buen ejemplo a sus hijos y disminuirá el riesgo de que ellos fumen.

Grupos de autoayuda fumadores anónimos (f.m):

Es importante reforzar al usuario, para que ellos inicien un proceso iniciando un nuevo grupo de fumadores anónimos o que se integren a alguno ya establecido.

El crear un grupo de fumadores anónimos va a permitir el reforzamiento para que el usuario se mantenga sin fumar.

De los autores y autoras

Kenneth Ávila Corrales

Medico Psiquiatra. Laboró 22 años en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, desde el año 2000 trabaja en el Departamento de Salud Mental de la Caja Costarricense de Seguro Social . Con amplia experiencia en el área de prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de sustancias Psicoactivas. Diseña y desarrolla programas de capacitación en la temática de drogas a nivel nacional.Vera

Vera Violeta Barahona Hidalgo

Farmacéutica, Magíster Scientae en Farmacodependencia, (UCR).Labora desde hace 21 años en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), en diseño y ejecución de programas de Prevención, Tratamiento, y Rehabilitación del consumo de drogas Además es docente de esta temática, en la Universidad de Costa Rica, Universidad Estatal a Distancia (UNED), y en la Maestría Iberoamericana on line en drogodependencia auspiciada por CICAD – OEA Y Gobierno de España, asesora nacional e internacional en materia de drogas. Desarrolla programas de capacitación en prevención y tratamiento del consumo de drogas a funcionarios de Clínicas, Hospitales y Ebais de la Caja Costarricense del Seguro Social en diferentes regiones del país y en otras instituciones publicas y privadas vinculadas con esta problemática.

Patricia Hernández Cubillo

Médico cirujano especialista en psiquiatría (Universidad de Costa Rica). Experiencia como médico asistente especialista en psiquiatría y en atención Integral a los problemas de farmacodependencia del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño de Liberia, Guanacaste.

Egresada de la Maestría en Administración de Servicios de Salud.

Soledad Hernández Estrada

Enfermera con especialidad Salud Mental. Con 19 años de experiencia en programas de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación del consumo de drogas en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia.

José Picó Costero

Médico psiquiatra con Maestría Académica en Adicciones (Cuba, UCR). Asistente en el Hospital Nacional Psiquiátrico, con experiencia en el abordaje de la personas consumidoras de sustancias psicoactivas. Profesor de Posgrado en el área de psiquiatría para la Universidad de Costa Rica.

Margarita Yanuba Sánchez Coccaro

Medica asistente general (UCR), Doctorado en Medicina Universidad de Bucarest Rumania, Médico asistente general en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia **IAFA**, ha cursado estudios de capacitación en el área de las adicciones en la universidad San Cayetano de Heredia, Lima Perú.

Realiza labores de atención al paciente adicto y su familia, forma parte de los grupos de Investigación de esta área. Encargada del programa de clínicas de cesación de tabaco a nivel nacional .Forma parte del equipo de capacitación de los trabajadores del área de la salud en materia de drogodependencia, Miembro de los grupos interdisciplinarios que manejan programas de prevención en materia de drogas

Autoridades Institucionales

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

DR. ELISEO VARGAS GARCÍA
Presidente Ejecutivo

DR. HORACIO SOLANO MONTERO
Gerente Médico

DR. JUAN CARLOS SÁNCHEZ ARGUEDAS
Gerente Modernización

LICDA. NORMA MONTERO GUZMAN
Coordinadora
Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud

DR. LUIS ARTURO BOZA ABARCA
Director Ejecutivo
Centro de Desarrollo Estratégico e Información de Salud y Seguridad Social (CENDEISS)

DRA. NURIA BAEZ BARAHONA
Coordinadora
Sub Área de Posgrados y Campos Clínicos
CENDEISS

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

DR. GABRIEL MACAYA TREJOS
Rector

DRA. LEDA MUÑOZ GARCIA
Vicerrectora

M.Sc. CLAUDIO VARGAS
Director Sección Extensión Docente
Vicerrectoría de Acción Social

DRA. MARÍA PÉREZ YGLESIAS
Decana
Sistema de Estudios de Posgrado

M.Sc. ALCIRA CASTILLO MARTÍNEZ
Directora
Escuela de Salud Pública

DRA. ILEANA VARGAS UMAÑA
Directora
Maestría en Salud Pública

IAFA

DRA. KATIA JIMÉNEZ REYES
Directora General
DRA. GISELLE AMADOR MUÑOZ
Coordinadora Área Técnica

CASO PARA DISCUSIÓN alcoholismo:

Vivo en San Rafael de Heredia, tengo 45 años de edad, soy maestra pero también hago el trabajo de la casa. Tengo tres hijos, uno de 17 años, otra de 15 y el menor de 4 años. Soy casada hace 19 años, mi marido tiene 49 años, es agrónomo y trabaja fuera de casa toda la semana; con nosotros pasa solo los fines de semana, pero, generalmente, cuando llega los viernes en la noche viene pasado de tragos.

Esta situación, al paso de los años ha empeorado; tengo un grupo de amigas que, al enterarse de mi problema, comenzaron a visitarme entre semana, fumábamos y después, comenzaron a traer cerveza, lo que me ayudó mucho a distraerme y a dormir bien.

Caso (Benzodiazepinas)

Tengo 15 años de casada, 4 hijos de 14,13,12 y 8 años. Vivo en Oreamuno de Cartago. Tengo 40 años, estudié la primaria, soy ama de casa.

Hace como 8 años el médico me recetó diazepam porque no podía dormir y en el día, me sentía muy decaída, con ganas de llorar y por todo le gritaba a mis hijos.