

Guía de Estudio VII

TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

CONTENIDO

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. OBJETIVOS**
 - 2.1 OBJETIVO GENERAL
 - 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS
- 3. BASES NEUROBIOLÓGICAS DE LA CONDUCTA ADICTIVA**
- 4. CONCEPTOS BÁSICOS**
 - 4.1 SUSTANCIA
 - 4.2 ABUSO
 - 4.3 USO EXPERIMENTAL O RECREATIVO
 - 4.4 DEPENDENCIA
 - 4.5 TOLERANCIA
 - 4.6 TOLERANCIA CRUZADA
 - 4.7 ABSTINENCIA
 - 4.8 CODEPENDENCIA
 - 4.9 DETOXIFICACIÓN
- 5. TRASTORNOS RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS**
- 6. FACTORES DE RIESGO PARA CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**
- 7. TIPOS DE SUSTANCIAS**
 - 7.1 NICOTINA
 - 7.2 ALCOHOL
 - 7.3 MARIHUANA
 - 7.4 COCAÍNA
 - 7.5 ALUCINÓGENOS
 - 7.6 METANFETAMINAS
 - 7.7 INHALANTES
 - 7.8 OPIOIDES
- 8. MODALIDADES DE DETOXIFICACIÓN**
 - 8.1 DETOXIFICACION HOSPITALIZADO
 - 8.2 DETOXIFICACIÓN AMBULATORIA
- 9. PREVENCIÓN PRIMARIA**
- 10. PREVENCIÓN SECUNDARIA**
- 11. PREVENCIÓN TERCIARIA**
- 12. ACTIVIDADES**
- 13. BIBLIOGRAFÍA**

1. INTRODUCCIÓN

En la historia de la humanidad, existen numerosas referencias al consumo voluntario de diversas sustancias con el objeto de producir alteraciones de la esfera psíquica. En la mayoría de los casos el consumo de la sustancia se hacía en el marco de actividades sociales estructuradas como rituales de iniciación o aceptación.

Actualmente y gracias a los estudios de las bases neurobiológicas de las conductas adictivas, se considera que tales conductas son del ámbito de la atención médica.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las características fundamentales de las sustancias psicoactivas y los trastornos mentales asociados.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconocer tempranamente los factores de riesgo más comunes para inicio del consumo.
- Identificar el patrón de uso de cada una de las sustancias psicoactivas.
- Diagnosticar y tratar adecuadamente el síndrome de abstinencia a alcohol.
- Reconocer las complicaciones médicas asociadas al uso de sustancias psicoactivas.

3. BASES NEUROBIOLÓGICAS DE LA CONDUCTA ADICTIVA

Se define una droga como cualquier sustancia que genera necesidad imperiosa de volver a consumirla para experimentar sensaciones placenteras, de bienestar o gratificación. Tras la llegada de una sustancia con capacidad adictiva al cerebro se activan las cascadas neuroquímicas del placer muy parecidas a la gratificación que se tiene con el comer y tener relaciones sexuales.

Si bien cada sustancia actúa sobre unos sistemas de neurotransmisión y receptores específicos (ej. Sistema Opiode), se ha demostrado que tras el consumo de una sustancia, se activan las vías meso límbicas, meso corticales, corteza pre frontal, núcleo accumbens y amígdala. Un sistema muy importante es el núcleo accumbens o núcleo de recompensa, así tras el consumo de cannabis, psico-estimulantes como el éxtasis, alcohol o nicótica se produce un incremento de la liberación de dopamina en el núcleo accumbens, lo que se relaciona con la sensación subjetiva de placer. Otros sistemas implicados en la neurobiología de la adicción son los sistemas serotoninérgicos del rafe, el sistema opiáceo y el sistema gabaérgico.



4. CONCEPTOS BÁSICOS

4.1 SUSTANCIA:

Hace referencia a las drogas (aquí se incluye el alcohol y la nicotina) que al ser ingeridas alteran el tono afectivo y el estado de conciencia de quien la consume.

4.2 ABUSO:

Patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva a un deterioro clínicamente significativo que incluye: conductas de incumplimiento en el trabajo, escuela y hogar; problemas legales por el uso de la sustancia, consumo cuando se considera físicamente peligroso (ej. Conducir y tomar licor).

4.3 USO EXPERIMENTAL O RECREATIVO:

Consumo de una sustancia de manera ocasional, sin ninguno de los problemas asociados al abuso y la dependencia.

4.4 DEPENDENCIA:

Patrón desadaptativo de consumo con tolerancia, abstinencia, esfuerzos infructuosos por controlar el consumo, reducción de actividades sociales, recreativas y laborales por gastar tiempo buscando la sustancia. Se presenta necesidad irresistible o deseo imperioso de consumo también llamado craving.

4.5 TOLERANCIA:

Hace referencia al hecho de tener que ingerir mayor cantidad de sustancia para conseguir los efectos placenteros.

4.6 TOLERANCIA CRUZADA:

Capacidad de una sustancia para ser sustituido sin modificar los efectos fisiológicos que produce ej.: el alcohol y las benzodiazepinas.

4.7 ABSTINENCIA:

Cuadro clínico de signos y síntomas que se presentan por la suspensión abrupta o la disminución en la ingesta de una sustancia específica.

4.8 CODEPENDENCIA:

Familiares afectados por la persona que consume, en algunos casos actúan como facilitadores de la conducta adictiva.

4.9 DETOXIFICACIÓN:

Hace referencia al hecho de sacar y limpiar al organismo de una sustancia. Sin embargo, para las personas con un cuadro de dependencia a sustancias el término detoxificación se refiere al manejo del síndrome de abstinencia. Los programas ofrecidos para cambio de conductas adictivas deben estar basados en las intervenciones motivacionales y psicosociales.



5. TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Los trastornos relacionados con el consumo de sustancias se dividen en dos:

- Trastornos por consumo de sustancias (abuso y dependencia)
- Trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium, demencia, trastorno psicótico, del ánimo, de ansiedad, sexual y del sueño)



6. FACTORES DE RIESGO PARA CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

PERSONALES

- Capacidad de adaptación pobre,
- Búsqueda de placer inmediato,
- Baja tolerancia a la frustración,
- Impulsividad.
- Comportamiento antisocial precoz.
- Bajo rendimiento escolar.
- Baja autoestima.
- Depresión y otros Trastornos psiquiátricos.
- Sentimientos de soledad, ansiedad, desesperación y rechazo.
- Automedicación.
- Antecedentes de problemas legales.

FAMILIARES

- Pautas de crianza y socialización caracterizadas por la violencia y el maltrato intrafamiliar.
- Desvalorización de la educación como medio de socialización y de progreso personal.
- Aceptación del trabajo infantil como medio de subsistencia familiar
- Aceptación de padrastros y madrastras que asumen roles maltratantes
- Consumo de alcohol y otras drogas en padres y hermanos mayores
- Aceptación del abuso físico y sexual
- Aceptación de conductas delictivas
- Canales de comunicación caracterizados por los gritos y la violencia
- Poco dialogo y escucha entre los miembros de la familia
- Profundos vacíos generacionales y de genero

SOCIALES

- Presión grupal.
- Presión social.
- Publicidad y medios de comunicación social.
- Fácil acceso a la droga.
- Ejemplo de figuras populares

7. TIPOS DE SUSTANCIAS

7.1 NICOTINA

El uso de cigarrillo comúnmente se asocia a los problemas médicos como al cáncer de pulmón y no a la adicción a la nicotina. Las investigaciones han mostrado que la nicotina, al igual que la cocaína, la heroína y la marihuana, aumenta la concentración de dopamina, que afecta las vías cerebrales que controlan los centros de la gratificación y el placer.

Los científicos recientemente identificaron una molécula en particular (la subunidad beta 2 [b2] del receptor colinérgico nicotínico) como un componente crítico en la adicción a la nicotina.

Una manera rápida de conocer la existencia de dependencia de la nicotina es investigar el número de cigarrillos al día. La mayoría de los pacientes con dependencia de la nicotina fuma más de veinte cigarrillos en promedio por día y tiene dependencia física a la nicotina. No obstante, se ha observado que un estado de dependencia se puede encontrar a partir de cinco cigarrillos fumados al día. Es muy probable que los fumadores regulares de pocos cigarrillos al día sigan el consumo por dependencia psicológica. Muchas personas que fuman menos de cinco cigarrillos pueden abandonar el consumo sin mayores dificultades, en otras palabras, no informan síntomas de abstinencia. Por otra parte, el número de cigarrillos fumados está relacionado con la intención de dejar fumar; las personas con alto consumo están menos deseosas de abandonarlo porque lo consideran una tarea muy difícil, lo mismo que los consumidores de pocos cigarrillos al día porque piensan que lo pueden hacer cualquier día que lo intenten

Los síntomas de abstinencia más comunes según la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10, se necesitan dos signos para considerar que existe abstinencia al tabaco, mientras que según el Manual Diagnóstico y Estadístico, DSM-IV-TR, es preciso reunir por lo menos cuatro de los siguientes síntomas:

Síntomas de abstinencia de nicotina

- Ansiedad
- Aumento del apetito o de peso
- Bradicardia*
- Deseos intensos de fumar**
- Dificultad para concentrarse
- Estado de ánimo disfórico o deprimido
- Incremento de la tos**
- Inquietud
- Insomnio
- Irritabilidad
- Malestar o debilidad muscular**
- Ulceraciones bucales**

* Sólo en el DSM-IV-TR.

** Sólo en la CIE-10.

TRATAMIENTO:

Se cuenta con intervenciones educativas, no farmacológicas, que han mostrado efectividad como estrategias en la motivación y en el abandono del consumo en los fumadores, como la asesoría realizada por el médico con cada paciente en el consultorio. De la misma forma, la información estructurada, clara y precisa, presentada por enfermeras, tanto en la asesoría individual como grupal, en las salas de espera, tiene efectividad. Así mismo, es importante mantener en las salas de espera folletos que inviten al abandono del consumo de cigarrillo.

Además de motivar el abandono, las medidas psicosociales están orientadas a ayudar a los pacientes que recientemente dejaron el cigarrillo, a la solución efectiva de los problemas, a afrontar sin fumar situaciones estresoras, manejar eficazmente las invitaciones de otras personas a fumar mediante el adiestramiento en habilidades sociales, buscar apoyo social en no fumadores y exfumadores, reconocer aquellas situaciones de alto riesgo de consumo que incitan a fumar y ayudar a otros fumadores a dejar el cigarrillo. Finalmente, contamos con medidas farmacológicas para el manejo de la dependencia de la nicotina.

El chicle o goma de nicotina es uno de los medicamentos aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) para el tratamiento de la dependencia a la nicotina. La nicotina en esta forma actúa como sustituto de la que está contenida en los cigarrillos, ayudando así a que los fumadores dejen este hábito. La evidencia sugiere que es un método seguro para facilitar que se abandone el hábito de fumar, si se usa de acuerdo con las instrucciones y bajo supervisión médica.

Otro enfoque para dejar de fumar es el parche transdérmico de nicotina y medicamentos como la Varenicline que es un agonista parcial del receptor nicotínico. Su uso disminuye el craving y la abstinencia.



Algunas personas simplemente pueden dejar de fumar. Mientras que para otras personas, los estudios muestran que el tratamiento farmacológico combinado con el tratamiento conductual, que incluya apoyo psicológico tiene buenos resultados.

7.2 ALCOHOL

El alcohol es una sustancia depresora que produce somnolencia y disminuye la actividad neuronal como los barbitúricos y benzodiacepinas, con quien tiene tolerancia cruzada. Según el estudio de salud mental de Colombia del 2003 el abuso de alcohol en hombres es de 13,2% y 1,2% en mujeres, la dependencia de 4,7% en hombres y 0,3% en mujeres. La edad de inicio de consumo suele ser muy temprano en la adolescencia.

La ingesta de alcohol se asocia a una sensación de euforia y disminución de la ansiedad. El alcohol el 90% se absorbe en el estómago y el resto en el intestino. El 90% se metaboliza en el hígado y resto se excreta por los riñones.

Consecuencias del Consumo de Alcohol



Peleas con tus papás o con amigos

Accidentes, por manejar despues de tomar o bien porque quien va manejando habia tomado



Guayabo

Problemas con tu familia.
Problemas con la policia.
Problemas escolares o en el trabajo.
Relaciones sexuales sin proteccion o sin desearlas

También, existen otras consecuencias en las que generalmente no se piensa, debido a que se presentan a un largo plazo. Algunas de éstas pueden ser:



Perdida de control (se toma aunque no se quiera hacer).
Síntomas como: mareos, vomitos, temblores o cansancio.
Abandono del hogar, escuela o trabajo.
Descuido de obligaciones.
Problemas de salud en las siguientes partes del cuerpo.

CEREBRO: perdida de memoria, confusion, alucinaciones.
CORAZON: presion elevada, pulso irregular.
ESTOMAGO: ulcera, inflamacion, cancer, sangrado.
HIGADO: hepatitis, cirrosis.
PANCREAS: inflamacion.
GENITALES: impotencia sexual.



Recuerda: Que el alcohol es una droga y puede ocasionar consecuencias a muy corto plazo. La persona es la única que puede decidir si quiere tomar o no, los demás sabrán respetar la decisión.

ABSTINENCIA ALCOHOL

El cuadro se inicia hacia las dos horas de haber suspendido la ingesta, el pico ocurre a las 24 o 72 horas. Los signos tempranos de abstinencia incluyen:

1. Ansiedad, agitación, dolor de cabeza
2. Disturbios auditivos, náuseas y vómito
3. Alteración del estado de conciencia, convulsiones
4. Delirium y disturbios táctiles
5. Sudoración y temblor
6. Elevación de signos vitales y disturbios visuales

Las crisis convulsivas por la suspensión de la ingesta de alcohol, ocurren generalmente hacia las 48 horas de la suspensión y cuando se presentan denotan gravedad y el cuadro clínico de Delirium Tremens; su importancia radica en que en un 1 a 5 % pueden ser mortales. Esta situación puede prevenirse y ser manejada en forma adecuada, en general se presenta después de mostrar signos de hiperactividad del sistema nervioso autónomo (taquicardia, sudoración, aumento de la frecuencia cardiaca).



PREDICTORES DE GRAVEDAD DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA

1. Historia previa de síndrome de abstinencia grave.
2. Niveles séricos altos de alcohol sin evidencia clínica de intoxicación.
3. Signos de abstinencia con presencia de niveles altos de alcoholemia.
4. Uso concomitante de sedantes e hipnóticos.
5. Coexistencia de problemas médicos.

TRATAMIENTO:

Los objetivos principales para el tratamiento del consumo de alcohol son la disminución del patrón de consumo, la identificación de situaciones de riesgo para el consumo, el desarrollo de estrategias para enfrentarse a estas situaciones, y reducir las consecuencias negativas asociadas al consumo.

Cuando se habla del síndrome de abstinencia al alcohol, el objetivo del tratamiento es minimizar los resultados adversos como son: la angustia, el disconfort, las convulsiones, exceso de sedación, uso de medicamentos y la mortalidad.

La evaluación inicial del paciente consiste en buscar complicaciones medicas (pancreatitis, hepatitis, sangrado en vías digestivas) y psiquiátricas. Debe hacerse una cuidadosa historia del uso de sustancias, sus mezclas, para evaluar el riesgo de abstinencia al alcohol y a otras drogas. En general es difícil predecir que se va a presentar o no un síndrome de abstinencia pero la intensidad del consumo, la presencia de síndromes de abstinencia previos, la complicación con Delirium, son buenos predictores. Un factor importante es el antecedente de detoxificaciones previas, el uso concomitante de depresores del sistema nervioso central y la presencia de enfermedades médicas subyacentes.

La exploración física debe incluir los siguientes exámenes de laboratorio: cuadro hemático, parcial de orina, glicemia, alcoholemia, tóxicos en orina, electrolitos, prueba de embarazo cuando esté indicado.

Tratamiento farmacológico:

El objetivo del uso de medicamentos, es dar la cantidad mínima necesaria para tener una detoxificación confortable y segura. Los medicamentos que actualmente se usan son los sedantes-hipnóticos, los simpaticolíticos, los anticonvulsivantes y los antipsicóticos.

En general, las benzodiazepinas son la principal medicación utilizada en el manejo farmacológico de la abstinencia.

Utilizar benzodiazepinas:

Diazepam 20-40 MG. V.O se debe evitar la sobre sedación. En general las benzodiazepinas se dan por vía oral, pero cuando la gravedad del caso lo amerita, deben darse por vía E.V (endovenosa).

Lorazepam, indicada en pacientes ancianos o con problemas hepáticos, 1mg cada hora hasta obtener estabilización de Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria, Temperatura, diaforesis.



Uso de otros medicamentos:

En general se recomienda la aplicación de tiamina 100mg / día, se prefiere la vía parenteral por la confiabilidad en la absorción; esto para prevenir la encefalopatía de Wernicke-Korsakoff. Inmediatamente después se inicia por vía endovenosa la glucosa.

En general el uso de antipsicóticos en el tratamiento es muy controvertido; algunos lo recomiendan en casos de alucinaciones y agitación.

No se recomienda el uso de anticonvulsivantes en el manejo rutinario del síndrome de abstinencia al alcohol; cuando se presenta una crisis convulsiva se debe manejar inicialmente con benzodiazepinas.

PREVENCIÓN DE CONSUMO DE ALCOHOL

Programas de educación, promoción de actividades alternativas, ofrecer información sobre el problema de las drogas a los pacientes que consultas por motivos diferentes, intervenir y tratar los casos de violencia intrafamiliar son algunas de las herramientas útiles.

7.3 MARIHUANA

La marihuana es una mezcla gris verdosa de hojas, tallos, semillas y flores secas y picadas de la planta de cáñamo, Cannabis sativa. A menudo se la conoce como "hierba". La mayoría de los usuarios fuman la marihuana en cigarrillos hechos a mano llamados "porros", "varetos" o "maduros" cuando se combina con bazuco. La principal sustancia química activa en la marihuana es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), que causa los efectos de alteración mental que acompañan la intoxicación con marihuana. Al fumar marihuana, el THC pasa rápidamente al cerebro, una vez en el cerebro, el THC se adhiere a los receptores de cannabinoides, en las partes del cerebro que ejercen influencia sobre el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, la percepción sensorial y del tiempo, así como el movimiento coordinado.

A los pocos minutos de inhalar el humo de la marihuana, se produce taquicardia, broncodilatación, vasodilatación de la conjuntiva, euforia, sensaciones placenteras, los colores y sonidos le parecen más intensos, y el tiempo le parece transcurrir muy lentamente. Siente la boca seca y repentinamente tiene mucha hambre o mucha sed. En ocasiones puede producir



ideación persecutoria. También puede aparecer temblor. La euforia pasa después de un tiempo y viene una etapa de sueño o depresión. A veces, el uso de marihuana produce ansiedad, temor, o pánico.

El uso frecuente de marihuana deteriora la memoria y la atención, dificulta el aprendizaje, se entorpece la coordinación y el equilibrio y se pierde la motivación para diferentes actividades.

Tratamiento.

No se ha reportado aún un cuadro significativo de síndrome de abstinencia a la marihuana. Se ha descrito el síndrome amotivacional por uso crónico de marihuana, consiste en la pérdida de iniciativa, enlentecimiento psicomotor, afecto depresivo o plano y grave disfuncionalidad de la persona. El tratamiento debe ir dirigido a cesar el consumo y evitar complicaciones.

7.4 COCAÍNA

La cocaína es un estimulante sumamente adictivo. La cocaína ha sido llamada la droga de los años ochenta y noventa por su gran popularidad y uso extendido en esas décadas. La cocaína se extrajo por primera vez de la hoja del arbusto “Erythroxylum coca”. Hay dos formas químicas de la cocaína: la sal de clorhidrato y los cristales de cocaína (base de coca). La forma en polvo de la cocaína o perico, se disuelve en el agua, y cuando se abusa, puede ser usada en forma intravenosa o intranasal. La base de coca se refiere a un compuesto que no ha sido neutralizado por un ácido para producir la sal de clorhidrato. Esta forma se puede fumar, en Colombia se utiliza el basuco (residuos del procesamiento de la pasta de coca).

La cocaína se comporta como una amina simpaticomimética, además bloquea la recaptación de dopamina, produce euforia, aumento de la energía, agudeza mental, dilatación de las pupilas, aumento de frecuencia cardíaca, alucinosis y psicosis. El síndrome de abstinencia es menos grave, no amenaza la vida y no requiere de medicación específica.

Los problemas médicos por el uso crónico de la cocaína son: necrosis septal, malnutrición, endocarditis, enfisema y enfermedades de transmisión sexual.

7.5 ALUCINÓGENOS

Las sustancias alucinógenas o psicodélicas son un grupo heterogéneo de compuestos de origen vegetal (plantas y hongos), siendo el más conocido el LSD o ácido lisérgico que es un compuesto sintético. Provocan cambios en la senso-percepción, sobre todo visual, ilusiones y alucinaciones, fenómenos de des-realización y risas prolongadas.

En ocasiones aparece ansiedad y pánico, lo que se ha llamado “malos viajes”. Estas sustancias actúan como agonistas sobre los receptores de serotonina 5HT₂ y dopamina. Producen cambios somáticos por la acción simpática. Hay tolerancia al efecto de los alucinógenos, pero no se describe craving ni síndrome de abstinencia.





7.6 METANFETAMINAS

La metanfetamina es un estimulante sumamente adictivo, la más representativa es el éxtasis. Estimula la liberación de dopamina y noradrenalina. Al igual que la anfetamina, la metanfetamina aumenta la actividad y el habla, disminuye el apetito y produce una sensación general de bienestar. Sin embargo, la metanfetamina difiere de la anfetamina en que, cuando se usan en dosis similares, son mayores los niveles de metanfetamina que entran al cerebro, haciéndola una droga estimulante más poderosa con efectos más duraderos. La metanfetamina viene en muchas formas y se puede fumar, inhalar, inyectar o ingerir oralmente.

La metanfetamina es un estimulante poderoso que puede causar una variedad de problemas cardiovasculares, incluyendo un aumento en la frecuencia cardíaca, arritmias y elevación de la presión arterial. Una sobredosis de la droga puede elevar la temperatura del cuerpo a niveles peligrosos (hipertermia) y producir convulsiones, que si no se tratan inmediatamente pueden resultar mortales.

Se cree que la mayoría de los efectos placenteros de la metanfetamina son el resultado de la liberación de cantidades sumamente altas de dopamina. Se produce rápida tolerancia a las metanfetaminas y craving intenso. En la abstinencia se producen sueños vividos, fatiga, insomnio, aumento del apetito y agitación.

7.7 INHALANTES

Los inhalantes son vapores químicos que se respiran y producen efectos psicoactivos. Una variedad de productos que se encuentran comúnmente en la casa y en el trabajo contienen sustancias que se pueden inhalar, como los aerosoles de pinturas, los pegamentos y los líquidos de limpieza.

Los niños y los adolescentes jóvenes los obtienen fácilmente y son los que tienen mayor probabilidad de abusar de estas sustancias extremadamente tóxicas.

Se dividen en:

- **Disolventes volátiles:** removedores, disolventes de pinturas, quita grasas, los líquidos para lavado en seco, la gasolina y los pegamentos.
- **Los aerosoles:** Los propelentes de aerosol caseros, disolventes asociados con artículos como los aerosoles de pinturas, desodorantes.
- **Los gases:** encendedores de butano, tanques de gas propano, gases refrigerantes y gases anestésicos de uso médico.
- **Los nitritos:** nitrito ciclohexílico, el butílico y el amílico, comúnmente conocidos como "popper" o "reventadores".

Aunque su composición varía, casi todos los inhalantes que se abusan producen efectos a corto plazo similares a los de los anestésicos, que disminuyen las funciones del cuerpo. La intoxicación usualmente sólo dura unos minutos.

La aspiración de cantidades muy concentradas de las sustancias químicas en los disolventes puede inducir un fallo cardíaco y la muerte a los pocos minutos de una sesión de uso prolongado, conocido como "muerte súbita por inhalación".



Algunos de los efectos dañinos irreversibles que pueden resultar del abuso de disolventes específicos son: pérdida de la audición, neuropatías periféricas y aplasia medular.

7.8 OPIOIDES

Son todas las sustancias naturales o sintéticas que estimulan los receptores opioides. Estas sustancias producen efecto analgésico, ansiolítico, relajante, anticonvulsivo, sedante, sensación de placer y disminución del apetito. Los signos físicos son miosis, depresión respiratoria, náuseas, vómito, aumento de la presión arterial y retención de orina.

Los opioides más conocidos son: heroína, morfina, metadona, fentanil entre otros. Estas sustancias producen riesgo de intoxicación aguda, tolerancia, dependencia y abstinencia.

La intoxicación aguda representa un grave peligro de falla respiratoria aguda, pudiendo ser letal.

La abstinencia suele ser bastante molesta por los síntomas físicos y el craving sin embargo no representa un peligro para la vida.

8. MODALIDADES DE DETOXIFICACIÓN:

8.1 Detoxificación hospitalizado:

Es aquella ofrecida en un contexto médico hospitalario, unidad psiquiátrica, o centro de rehabilitación manejado por psiquiatras, las ventajas de una detoxificación hospitalizado son:

1. El paciente se encuentra en un ambiente protegido en donde el ingreso de sustancias está restringido.
2. El manejo del síndrome de abstinencia es más seguro, especialmente para aquellos pacientes con altos niveles de consumo de sedante e hipnóticos, en los cuales mediante una observación cercana, las dosis pueden ser ajustadas”.
3. La detoxificación se puede realizar de una manera más rápida que en un contexto ambulatorio.

8.2 Detoxificación ambulatoria:

Los programas ambulatorios de detoxificación son ofrecidos en las Unidades de Salud mental. Como ejemplos de éste tipo de programas tenemos los hospitales de día, o los hospitales noche, en los cuales el paciente recibe un tratamiento completo interdisciplinario, pero vive en su casa o en centros residenciales especiales. Muchos de estos centros realizan detoxificaciones ambulatorias.

Las ventajas de un contexto ambulatorio:

1. Es mucho más económico que el contexto de hospitalización;
2. El estilo de vida del paciente y su rutina no se interrumpen mientras se hace la detoxificación;
3. El paciente no tiene que pasar por la transición de un ambiente controlado de la hospitalización al de la rutina diaria.

Servicios de Urgencias: Los servicios de urgencias sirven generalmente como puerta de entrada a los centros de detoxificación. Generalmente allí se inicia el manejo de las complicaciones médicas y psiquiátricas que ocurren durante la detoxificación.

Para un adicto que presenta una sobredosis o el que presenta una complicación médica, los servicios de urgencias pueden ser una buena forma de iniciarse en recibir atención médica y de allí puede ser referido a un centro de detoxificación.

9. PREVENCIÓN PRIMARIA

Con relación a este concepto, la misión clave será evitar y retrasar la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas, haciendo especial hincapié en el tabaco y el alcohol por ser éstas las primeras drogas con las que se toma contacto en nuestra sociedad y por los efectos devastadores, en términos de salud pública, que la adicción a las mismas, ha demostrado."

La prevención primaria va dirigida a las personas que aún no muestran ningún tipo de consumo o complicaciones y se dirige bien directamente a las personas o al medio.

Sus objetivos e instrumentos fundamentales son, facilitar información, modificar pautas de consumo, crear ambiente favorable y por supuesto, reducir la oferta de drogas.



Las estrategias básicas a desarrollar se pueden resumir en:

- La Promoción de la Salud, como mecanismo de prevención inespecífica y entendida como "una metodología educativa que tiende sobre todo a incitar al individuo a una tarea de responsabilidad hacia lo que es su propia salud y la de la colectividad, así como a desarrollar sus actividades para participar de manera constructiva en la vida en comunidad".
- La Protección Específica, bien sea de los problemas derivados del consumo de una droga en particular o del conjunto de todas las drogas. Las medidas a desarrollar pueden ir encaminadas principalmente a la disminución de la Oferta: Medidas de carácter normativo o legal (prohibición de la venta de drogas, eliminación de la publicidad, restricciones de horarios,...). O bien a incidir en la demanda a través de la Educación para la salud, entendida como:

"Cualquier combinación de actividades de información y educación, que lleve a una situación en la que la persona desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando la necesite" (O.M.S.).

Por tanto se apuesta teóricamente por una prevención primaria del consumo de drogas, insertada en la promoción de la salud, usando la educación para la salud de una manera participativa y comunitaria que implique de manera consciente a los individuos que integran la comunidad.

10. PREVENCIÓN SECUNDARIA

El objetivo fundamental de la Prevención Secundaria es evitar que el consumo se estructure en drogodependencia. Cuando ya se ha iniciado el consumo de alcohol o de otras drogas, es necesario recurrir a la segunda barrera o nivel de prevención secundaria, las grandes metas a lograr serían: la reducción del número de personas con problemas de consumo de drogas, evitar el avance en el deterioro de la Salud, y lograr una detección y orientación precoces.

Por tanto el objetivo fundamental queda resumido en: “Identificar personas o grupos de alto riesgo, limitar incapacidades o secuelas, generar un clima propicio para la aceptación de las medidas diagnósticas y terapéuticas precoces y encauzar correctamente los casos detectados”.

Para ello se deben poner en marcha las siguientes medidas:

- Revisar periódicamente a los usuarios, de una manera individualizada o bien a través de encuestas colectivas. Existen buenos instrumentos diagnósticos para detectar precozmente los problemas derivados del consumo de drogas y no existirían grandes inconvenientes para incorporarlos a los reconocimientos sanitarios o sociales de los trabajadores, respetando principios de voluntariedad y confidencialidad, previa negociación y acuerdo en el marco de la negociación colectiva y considerando las características del trabajo a desarrollar e incluido en el Plan de Prevención del consumo de SPA.
- Desarrollar protocolos de intervención ante situaciones de crisis provocadas por el consumo de alcohol o de otras drogas y que faciliten que el usuario desee pedir y aceptar ayuda para eliminar lo más pronto posible el consumo.
- Poner en marcha programas de información y educación orientados de forma amplia hacia valores de Salud y sobre todo a cómo actuar ante problemas derivados del consumo de alcohol o de drogas de uno mismo o de la comunidad, evitando actitudes moralizadoras y de rechazo y facilitando actitudes terapéuticas y de apoyo de una manera sólida que hagan que la persona con problemas de alcohol o de otras drogas no desee ocultarse y pueda pedir la ayuda necesaria de una manera precoz, voluntaria y colaboradora.
- Hacer que los servicios de atención a problemas derivados del consumo de alcohol y de otras drogas estén disponibles para cualquier usuario que lo necesite, facilitándole su accesibilidad y aceptabilidad.
- Definir claramente, los procesos de detección, diagnóstico, orientación, tratamiento, evaluación y seguimiento de manera coordinada e integral con los sectores con los que cuenta cada municipio.

11. PREVENCIÓN TERCIARIA

Las propias características del consumo y dependencia de drogas, sumado al fracaso de las medidas preventivas anteriores hacen que se asista con demasiada frecuencia a la presencia de secuelas, incapacidades y muerte, y por ello debe contarse con el tercer nivel de prevención o Prevención Terciaria.

Este nivel está dado por el conjunto de medidas encaminadas al tratamiento y rehabilitación de los drogodependientes y enfocadas, entre otros elementos hacia lo que se viene denominando como reducción de riesgos y daños.

Las acciones exclusivas de reducción de reducción de riesgos y daños son aquellas que, una vez instaurado el consumo e independientemente de la frecuencia del mismo, se preocupan por contrarrestar los efectos negativos que de él se desprenden sin que en ningún momento el objetivo inmediato sea que el consumo no se produzca.



12. ACTIVIDADES

1. La supresión abrupta de la ingesta del alcohol en individuos dependientes, es considerada una situación de alto riesgo vital por su alta mortalidad, debido a la presencia de convulsiones. Esta situación se conoce con el nombre de:

Excitación psicomotora
Pérdidas del juicio
Delirium Tremens
Hipomanía disforica

2. Todos los siguientes son criterios de severidad y mal pronóstico de la enfermedad adictiva, con la EXCEPCION de:

Consumo de varias sustancias psicoactivas (SPA)
Inicio temprano del consumo de SPA
La presencia de enfermedad orgánica
La presencia de enfermedad mental

3. El concepto de tolerancia se refiere a:

La manifestación corporal tras la suspensión abrupta de la sustancia psicoactiva
La dependencia psicológica por los refuerzos del efecto de la sustancia psicoactiva
Necesitar una cantidad mayor de la sustancia para conseguir un efecto deseado
Necesitar un tranquilizante para tolerar la ansiedad producida por el consumo.

4. Respecto a la marihuana, es cierto:

Produce menor daño que el cigarrillo por no contener tóxicos
Solamente produce una dependencia de tipo psicológico
Deteriora aprendizaje, memoria a corto plazo y concentración
No contribuye significativamente a causar enfermedad mental

5. Como acciones de prevención universal en adicciones se encuentran:

Dar una consejería a un paciente sobre el riesgo de usar drogas
Brindar espacios de reflexión sobre el uso de drogas ilegales
Promover utilización de tiempo libre diferente al consumo
Entrenamiento en habilidades sociales (hablar, charlar, bailar)



13. BIBLIOGRAFIA

Varenicline for smoking cessation. Guideline. National Institute for Health and Clinical Excellence-London 2010.

NIDA. Los cigarrillos y otros productos que contienen tabaco. 2006.

Posada JA. Estudio Nacional de Salud. Ministerio de la protección social. 2003

Jordi Camí, Magí Farré. Mechanisms of disease Drug Addiction. N Engl J Med 2003;349:975-86.

Vallejo J, Leal C. tratado de psiquiatría. Volumen 1 cap 52

Kaplan & sadock's. comprehensive textbook of psychiatry. Eighth edition. Pag 1137-1291.

Miller W, Rollnick S. La entrevista motivacional. Paidos 1999.

Consejería Para La Igualdad y Bienestar Social, Dirección General Para Las Drogodependencias Y Adicciones, Sevilla España.

