

# Sustancias

## Trastornos derivados de su Consumo

### Tratamiento

Lic. Natalia Otturi  
Lic. M.Carolina Landaburu

---

#### PARTE I

En este capítulo estudiaremos las Adicciones. En efecto, haremos un recorrido por las diversas adicciones a sustancias, desde estimulantes hasta alucinógenos, opiáceos e inhalantes y la adicción al alcohol.

Como sabemos la historia de las adicciones va de la mano de la historia del hombre. En efecto, el beber alcohol, fumar, beber pócimas, la utilización del opio para el dolor son unos de los tantos ejemplos de las conductas de consumo de sustancias que el hombre ha utilizado a lo largo de la historia.

Sin embargo no tan remoto es el consumo de algunas nuevas drogas derivadas de sustancias como ser la heroína, la cocaína, el LSD, las drogas de diseño. Con estas sustancias, pues, se han generado nuevas adicciones relacionadas con las mismas.

**Adicción** es un término que define la dependencia que establece una persona con una sustancia (o con una situación, o persona) de la que no puede prescindir, a pesar de saber que la perjudica.

Entonces podemos decir que el concepto de adicción va de la mano del de dependencia (física y psíquica).

Una característica fundamental de las conductas adictivas es la pérdida de control. En efecto el adicto no puede controlar ciertas conductas compulsivas relacionadas con el consumo de la sustancia, por ello decimos que tiene una relación de dependencia tanto a nivel psicológico como a nivel fisiológico.

Se suman al concepto de adicción la tolerancia a la sustancia (cada vez necesita consumir más dosis para lograr igual efecto), el de abstinencia (cuadro sindrómico que se genera en ausencia de su consumo) y vemos que en las adicciones el individuo comienza a tener dificultades en su vida cotidiana generando un malestar significativo.

Veamos resumidamente, entonces, las principales características que definen una adicción:

- Fuerte deseo de consumir lo cual lleva al individuo a una conducta compulsiva de búsqueda y obtención de la droga a los fines de consumirla.
- Capacidad reducida para controlar el consumo

- Malestar y/o estado alterado del ánimo cuando no puede consumir lo cual lo puede llevar a realizar conductas delictivas como robar para conseguir el dinero para comprar la sustancia.
- Percepción del daño que la adicción produce y, sin embargo, persistir en la conducta adictiva.
- Pérdida de interés por otras actividades que no se relacionen con el consumo lo cual interfiere de manera significativa en la vida del individuo.

Desde el DSM-VI (American Psychiatric Association, 1994) **la dependencia a sustancias psicoactivas** se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de las sustancia que genera un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o mas de los siguientes síntomas, durante un periodo de 12 meses como mínimo:

**1-Tolerancia**, entendida como: a) la necesidad de consumir cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para lograr la intoxicación o el efecto deseado, b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

**2-Abstinencia**: Se define por cualquiera de estos ítems, a saber: a) Ante la falta del consumo aparece el síndrome de abstinencia típico de esa sustancia (por ejemplo: el delirium tremens en la abstinencia alcohólica); b) se toma la misma sustancia o una parecida para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3- La sustancia es tomada con más frecuencia y en mayores cantidades que en el comienzo y durante un periodo mas largo de tiempo de lo que inicialmente el individuo pretendía.

4- Existe un deseo persistente y esfuerzos infructuosos por interrumpir o controlar el consumo.

5-Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención la sustancia y su consumo.

6- Reducción importante de las actividades sociales, laborales y recreativas debido al consumo de la sustancia.

7- Se continúa tomándola a pesar de tener conciencia de la interferencia negativa que produce en su vida.

Hasta aquí los criterios que desde el DSM-IV definen la dependencia a una sustancia.

Es importante diferenciarlo del concepto de abuso. En efecto, **el abuso** de una sustancia se define, desde el DSM-IV como: Un patrón desadaptativo de consumo en donde pueden interrumpirse las actividades obligatorias , se consume en situaciones que implican peligro (por ejemplo al conducir). Puede haber problemas legales. Pueden aparecer problemas interpersonales como

riñas, peleas callejeras. Estos criterios persisten por un tiempo continuado de 12 meses pero se diferencia de la dependencia por: No incluye tolerancia, no incluye abstinencia ni el uso compulsivo.

En este marco repasemos el concepto de **droga**: Una droga es cualquier sustancia química que una vez introducida en el organismo produce cambios fisiológicos, psicológicos, emocionales y por ende conductuales. Todo esto dentro de un marco mas macro que incluye el ambiente familiar, social y cultural.

El alcohol, el tabaco, la cafeína, la teína también han de ser drogas aunque no estén prohibidas.

Otras drogas de abuso y, en un grado mayor, de dependencia han de ser las sustancias estimulantes: las anfetaminas, la cocaína, el crack.

Los depresores: Barbitúricos, narcóticos y sedantes. Los alucinógenos: la marihuana, el hachís, LSD, mescalina, psilobicina. Y ciertas sustancias químicas volátiles inhalantes: Naftas, solventes, pegamentos y otras derivadas.

Tipos de consumidores:

- Experimentales: La persona prueba una o dos veces la sustancia por curiosidad.
- Recreativos o de tipo consumidores sociales: Estas personas usan las drogas en ocasiones sociales y hasta como una forma de integrarse socialmente en un grupo y “estar en la onda”.
- Habituales: Estas personas utilizan las drogas casi constantemente para mantener el efecto deseado intentando cumplir con sus actividades normales cotidianas.
- Dependientes: estas personas no encuentran otro sentido a su vida mas que el de obtener y consumir la droga. En estado de ausencia de la misma desarrollan un síndrome de abstinencia importante lo cual los lleva a la búsqueda frenética de más droga.

Veamos ahora

### **La adicción al alcohol**

Desde el DSM-IV tenemos por un lado la descripción de los trastornos por consumo de alcohol:

- Dependencia del alcohol
- Abuso del alcohol

Por otro, el DSM- IV refiere a los Trastornos inducidos por el alcohol;

- Intoxicación por alcohol
- Abstinencia de alcohol (Con o sin alteraciones perceptivas)
- Delirium por intoxicación por alcohol
- Delirium por abstinencia de alcohol
- Demencia persistente inducida por el alcohol
- Trastorno amnésico persistente inducido por el alcohol

- Trastorno psicótico inducido por el alcohol, con ideas delirantes (de inicio durante la intoxicación o durante la abstinencia, especificar)
- Trastorno del estado de la animo inducido por el alcohol (especificar si es de inicio durante intoxicación o abstinencia)
- Trastorno de ansiedad inducido por alcohol (especificar igual que los anteriores)
- Trastorno sexual inducido por el alcohol (especificar si es durante intoxicación)
- Trastorno del sueño inducido por el alcohol (especificar si es durante intoxicación o abstinencia)

El alcoholismo se define como una enfermedad caracterizada por el abuso y la dependencia de alcohol.

Es una enfermedad que incluye factores biológicos, genéticos, psicológicos, conductuales y socioculturales.

El alcohol es una sustancia predominantemente lipofílica, es decir, tiene afinidad por los tejidos ricos en grasa, por ejemplo por el cerebro.

Es una sustancia depresora del SNC. Inicialmente el alcohol produce un efecto desinhibitorio y estimulante (por inhibición de los mecanismos inhibitorios corticales). Sin embargo, los reflejos, la memoria y la coordinación van en marcado detrimento. Al ir aumentando la dosis aparecen efectos depresores como ataxia, alteraciones sensoriales, incoordinación, llegando hasta el coma y la muerte.

El alcohol produce vasodilatación y sudoración. Aumenta el contenido graso de la célula hepática. Así, la hepatitis tóxica y luego la cirrosis se evidencia en este tipo de adictos.

El abuso crónico repercute a nivel del SNC produciendo trastornos en la memoria, daño cerebral, trastornos del sueño, polineuritis, convulsiones, encefalopatía y cambios en el carácter.

El etanol es teratogénico (Síndrome fetal alcohólico, el cual describiremos mas adelante)

El etanol posee una absorción rápida. Se metaboliza en el hígado por la enzima alcohol deshidrogenasa. Su concentración máxima ocurre entre 30 y 90 minutos luego de la ingesta.

El efecto agudo del alcohol produce un incremento de la neurotransmisión gabaérgica (el etanol se aloja en el receptor GABA A y genera una apertura masiva de los canales de cloro)

Sin embargo, a largo plazo el efecto crónico del alcohol implica una disminución de la conducción gabaérgica ya que se producen cambios en la sensibilidad de este receptor cambiando la estructura de los mismos (vía ARN mensajero). Estos cambios estructurales explicarían el fenómeno de tolerancia al alcohol.

El alcohol es la sustancia de mayor uso y abuso en la actualidad. Consumido solo o con otras sustancias se potencian sus efectos desinhibitorios y/o depresores según la cantidad ingerida.

La intoxicación etílica tanto aguda como crónica tiene una elevada morbimortalidad tanto por su acción en el organismo como por las consecuencias que traen aparejadas su consumo excesivo, a saber:

El alcohol (bebido en forma crónica y excesiva) puede afectar severamente al hígado (llegando a una cirrosis), páncreas (pancreatitis), estómago (gastritis), cerebro (neuropatías) y corazón (hipertensión arterial). El abuso crónico puede lesionar el músculo del corazón (conduciendo a una insuficiencia cardíaca).

El 50% de los accidentes de tránsito tienen su causa en el alcohol.

En el 85% de los casos de violencia familiar está presente el alcohol.

El alcoholismo es una significativa causa de deserción laboral.

En el 30% de los delincuentes se hallan elevados niveles de alcohol en sangre.

El alcohol es el responsable del 25% de las hospitalizaciones, del 15% de los ingresos a las urgencias, el 20% de consultas psiquiátricas.

Es muy importante tener en cuenta la graduación alcohólica. Esta es en grados el porcentaje de alcohol que contiene una bebida. (por ejemplo: 13° indica que el 13% es alcohol etílico puro). Cuanto mayor es la graduación mayor ha de ser la cantidad de alcohol que tiene una bebida y por ende mayor es su peligrosidad.

La OMS aconseja no beber más de 75cc de alcohol al día.

El etanol activa receptores excitatorios 5HT-3 y nicotínicos, y a su vez activa receptores inhibitorios GABA A.

El etanol tiene al comienzo un efecto estimulante pero los reflejos, la memoria, y la coordinación disminuyen a medida aumenta la dosis y con ello aumentan progresivamente los efectos depresores, llegando a la pérdida de conciencia y coma.

Con 500-1000 g/ml ya aparecen los primeros efectos.

### **Intoxicación alcohólica aguda:**

Es la ocasionada por la ingestión masiva de alcohol. La absorción de alcohol por el organismo está determinada por:

- La graduación: concentración de alcohol en la bebida.
- La composición química de las bebidas: puede favorecer la absorción del alcohol.
- La presencia de comida en el estómago.
- El peso del sujeto: menos peso, más absorción.
- El sexo: las mujeres son más sensibles.
- La habituación: estados avanzados de alcoholismo reducen la tolerancia al alcohol.

Una vez absorbido el alcohol, y metabolizado podemos observar sus efectos y destacar fases según sean los efectos de la ingesta (dependiendo de la cantidad ingerida):

1. Una primera fase en la cual el individuo percibe un ligero cambio en su estado mental. Hay alteración de los sentidos y una disminución de los reflejos.

2. Lo consecuente es una fase de excitación, con pérdida de la inhibición (motivo por el cual es muy común la comorbilidad del trastorno de ansiedad social con el abuso de alcohol), pérdida del autocontrol, y afectación de los procesos mentales más complejos como la atención, la memoria, la concentración. Las funciones superiores se van paralizando en esta fase.

Progresivamente, al aumentar la dosis se va alterando aún mas el juicio y la conducta.

3. Luego adviene la fase de incoordinación en la cual aparecen temblores, confusión mental, incoordinación motriz, disartria, ataxia, rubor facial. Generalmente, la persona acaba durmiéndose.

#### 4. Coma y muerte

En la intoxicación alcohólica (llamada también embriaguez o borrachera) aparecen los siguientes signos: Disartria, incoordinación, ataxia, rubor facial nistagmo. Alteración de la memoria reciente y el juicio y alteraciones conductuales.

Para su tratamiento solo utilizar medicación si el cuadro lo requiere, manejar BZD con precaución.

En caso de sobredosis: Internar al paciente a los fines de prevenir el coma y la muerte por paro respiratorio dada la depresión generalizada del SNC.

Administración de Tiamina (vitamina B1) y glucosa por los déficit nutricionales.

Administración de Naxolona el cual es un antagonista opiáceo por si hubo intoxicación agregada con tales drogas ( también depresoras del SNC).

### **Abstinencia alcohólica:**

La abstinencia: Este cuadro aparece luego de un periodo más o menos prolongado de ingesta alcohólica. Es una consecuencia del consumo crónico de alcohol, comprende estremecimientos, temblores importantes, náuseas o vómitos, malestar o debilidad, taquicardia, sudoración, ansiedad, animo depresivo, hipertensión, irritabilidad, alucinaciones pasajeras, ilusiones, insomnio, inquietud. El temblor y el antecedente de la ingesta marcan el diagnostico.

El tratamiento de la abstinencia requiere de BZD para tratar los síntomas de la abstinencia (sobre todo el temblor y la inquietud) y tiamina IM y luego oral por las carencias vitamínicas y posible malabsorción

En casos extremos puede aparecer el delirio de abstinencia o DT (delirium tremens) caracterizado por un estado de delirium (confusional), hiperactividad neurovegetativa (taquicardia, hipertensión, sudor), pueden ser prodrómicas a este cuadro las convulsiones (Las convulsiones son una complicación de la abstinencia y preceden al cuadro de delirium. Se utiliza para su tratamiento: Diazepam 10 mg por via endovenosa), estremecimientos corporales y temblores, alucinaciones aterradoras y vívidas, pesadillas e insomnio. Este cuadro aparece en un 5% de los casos y hace su aparición luego de uno o dos días luego de la abstinencia o disminución importante del consumo.

Tratamiento del DT: Administración de BZD, Tiamina, Vitamina B12 y folatos. Este cuadro puede ser mortal si no es tratado adecuadamente (20% de los pacientes no tratados fallecen) Con tratamiento la tasa de mortalidad va de un 5% a un 10%.

### **Alucinosis Alcohólica:**

Puede ocurrir (si bien no es un cuadro muy frecuente) días después de suspender la ingesta o reducirla y permanece mas alla de los síntomas de la abstinencia.

Las alucinaciones constan de zumbidos, voces y alteraciones sensoperceptivas. Pueden aparecer delirios e ideas autorreferenciales. Para hacer este diagnostico es necesario contar con el dato del antecedente etilísta.

Tratamiento: se utiliza tiamina 100mg IM y luego se continúa VO. Si se necesita se puede recurrir a BZD y /o antipsicóticos.

### **Síndrome de Korsakoff:**

O Síndrome amnésico alcohólico, causado por el déficit de vitamina B1 (tiamina).

Suele aparecer tras un episodio agudo de encefalopatía de Wernicke.

El síndrome de Korsakoff tiene en general un comienzo lento y curso crónico. Aparecen: amnesia a corto plazo, el paciente rellena las lagunas en la memoria con fabulaciones, esto junto al antecedente de etilismo conduce al diagnostico mas aun si se detecta la encefalopatía de Wernicke la cual tiene un comienzo abrupto con confusión, ataxia, nistagmo siendo un potencial signo prodrómico del síndrome de Korsakoff . Por tanto si lo detectamos a tiempo tratándolo con Tiamina podremos prevenir su complicación.

### **Algunas cuestiones en relación al consumo crónico y excesivo de alcohol:**

Hay dos tipos de síndromes orgánicos - cerebrales que pueden ser el resultado del consumo de alcohol en exceso y a largo plazo: La demencia y la enfermedad de Wernicke.

La demencia implica una pérdida general de las capacidades intelectuales y puede ser un resultado directo de la neurotoxicidad por el consumo de cantidades excesivas de alcohol.

La enfermedad de Wernicke tiene por resultado confusión, pérdida de coordinación motora y un habla ininteligible . Se piensa que está ocasionada por una deficiencia de tiamina, vitamina que se metaboliza deficientemente en quienes consumen en exceso alcohol.

Los efectos del alcohol afectan el desarrollo prenatal. En efecto, el **síndrome alcohólico fetal (SAF)** es una combinación de problemas que pueden presentarse en un niño cuya madre ha bebido durante el embarazo.

Desde retardo en el desarrollo fetal, deficiencias cognitivas, problemas conductuales y dificultades en el aprendizaje.

Los niños con SAF a menudo presentan rasgos faciales característicos.

La probabilidad de que un niño padezca SAF no solo depende de si la madre consumió alcohol durante el embarazo sino de la tendencia genética a tener ciertas enzimas encargadas de metabolizar el alcohol.

### Tratamiento psicofarmacológico básico en la desintoxicación alcohólica:

El tratamiento básico en la desintoxicación alcohólica se basa en la administración de benzodiazepinas para el tratamiento sintomático. O bien pueden utilizarse para el tratamiento de los síntomas por supresión: IRSS, Buspirona, Clonidina, carbamazepina, Oxcarbamazepina, Valproato, litio, tiamina (Complejo vitamínico del grupo B)

En efecto, al interrumpirse la ingestión de alcohol se sustituye por alguna benzodiazepina de vida media larga, como por ejemplo el Valium® con el fin de controlar el síndrome de abstinencia o alguna de las otras drogas mencionadas anteriormente.

Otros fármacos que se emplean para el tratamiento (Tratamiento más prolongado) del alcoholismo son Disulfiram y Naltrexona.

Naltrexona: Actúa antagonizando los receptores opioides.

La naltrexona disminuye el craving alcohólico ya que bloquea los opioides endógenos.

La dosis es de 50 mg por día VO en una sola toma diaria durante 12 semanas.

### Algunas pautas para el Tratamiento Psicoterapéutico del Alcoholismo:

Ante todo para comenzar un tratamiento es necesaria la desintoxicación física de la sustancia a la que el paciente es adicto.

Aquí el abordaje es completo e integrativo. La labor de los médicos clínicos, especialistas, psiquiatras, terapeutas, el grupo de pacientes en rehabilitación y sus coordinadores, y los familiares del paciente es de fundamental importancia.

En segundo lugar, luego de la desintoxicación fisiológica, necesitamos que el paciente comprenda que necesita tratamiento y cuente con un mínimo de voluntad para comprometerse con las pautas del mismo. En esto tendrá mucha importancia la relación terapeuta-paciente y la alianza terapéutica que se establezca entre ellos. A mayor grado de empatía y alianza mejor pronóstico ya que el paciente encuentra contención en el terapeuta y confía en él lo cual genera mayor probabilidades de adherencia al tratamiento. Esto conjuntamente con un trabajo familiar y grupal.

Entonces en primer lugar el paciente debe comprender, dentro de este marco de abordaje integral, que las consecuencias de su adicción ha interferido negativamente en su vida.

Hay que psicoeducar al paciente explicándole que puede recuperar sus actividades y reconstruir su vida desde un lugar de salud y hábitos saludables, pero para ello debe superar la fase de negación y minimización del problema.

Una vez conseguida la desintoxicación (el paciente deja de consumir la sustancia) se pasa al proceso de deshabitación psicológica, en esta etapa la

persona deberá aprender e ir adquiriendo la capacidad de afrontar la abstinencia. Aquí se utilizarán técnicas terapéuticas conductuales y cognitivas a los fines de sostener la abstinencia.

Algunas de las técnicas empleadas son: Exposición con prevención de respuesta, control de estímulos que puedan gatillar la necesidad de consumir, entrenamiento en resolución de problemas, técnicas de reducción de estrés (relajación muscular progresiva y respiración abdominal o diafragmática), entrenamiento en habilidades sociales. Todas estas técnicas serán utilizadas conjuntamente con terapia grupal y familiar.

Luego se irán buscando nuevas metas alternativas en la vida del paciente, trazar objetivos y comenzar a normalizar su vida en base a proyectos, adquisición de responsabilidades (se ira gradualmente y sistemáticamente).

En efecto, el paciente ira adquiriendo responsabilidades ( Por ejemplo: comenzar a estudiar e ir buscando gradualmente actividades de reinserción social y laboral).

Se entrenará al paciente en la planificación de objetivos a corto y mediano plazo, en asertividad, manejo del enojo y la ira, manejo de contingencias, solución de problemas y técnicas de afrontamiento para que su reinserción sea vivida con percepción de cierto dominio ( ya que cuenta con recursos que ira aprendiendo o reaprendiendo en las sesiones) y no como algo demasiado ansiogénico.

Luego será importante trabajar en la prevención de recaídas, mediante técnicas como autoinstrucciones, anticipación de consecuencias, resolución de problemas, manejo de la ansiedad.

Por supuesto el terapeuta ira entrenándolo mediante ciertas técnica específicas a los fines de reducir el impacto de la abstinencia, esto incluye un trabajo con la red social de apoyo del paciente ( soporte familiar y social), mas el abordaje medico- psiquiátrico.

El objetivo es que el paciente aprenda a vivir sin la sustancia adictiva. Que aprenda a encontrar el placer en otras cosas que no sean el consumo (el cual produce un efecto reforzante inmediato) pero habrá

que empezar a encontrar el refuerzo y la gratificación el algunas otras actividades que se enmarquen dentro de un estilo de vida mas saludable. (por ejemplo: la gratificación por un trabajo realizado y la recompensa social y monetaria)

Es importante que el paciente se apropie y concientice de las consecuencias negativas del consumo y las ventajas que tiene el no consumir en todas las áreas de su vida, desde lo familiar hasta lo más personal.

Por último, una vez finalizado el tratamiento se harán seguimientos tanto individuales como con la familia del paciente. Así tendremos un seguimiento del paciente luego del alta terapéutica.

## DROGODEPENDENCIA

Clasificar según consumo

**Uso:** persona que consume de una forma puntual y esporádica.

**Abuso:** persona que hace un consumo abusivo de una droga, consume en

dosis altas y/o de una forma reiterada y por lo tanto con riesgo de poner en peligro su salud física, mental y social, incluyendo también la de las personas de su entorno.

**Consumo experimental:** persona que realiza un consumo de una forma casual y después de esta experiencia no vuelve a consumir.

**Consumo ocasional:** persona que realiza consumos muy esporádicos sin que aparezcan síntomas de tolerancia ni de abstinencia.

**Consumo circunstancial:** los consumos se realizan en las mismas circunstancias. Por ejemplo, fiesta, recital, etc. No se llega a los síntomas de tolerancia pero sí del inicio de la dependencia psicológica.

**Consumo habitual:** la persona realiza consumos frecuentes. Aparecen síntomas de tolerancia y de dependencia. En muchos casos se inician los problemas de comportamiento y los conflictos personales.

**Consumo adictivo:** existe una alta frecuencia de consumo (incluso diarios). Aparecen signos como la tolerancia y la dependencia

## Clasificación de las Drogas

La siguiente clasificación se basa en los efectos que ejercen las drogas sobre el sistema nervioso central.

### DROGAS DEPRESORAS

Disminuyen o bloquean la actividad del SNC.

- opiáceos (heroína, morfina, meperidina, propoxifeno, metadona, codeína)
- barbitúricos, benzodiacepinas, meprobamato
- Alcohol.
- inhalantes (colas para pegar, disolventes)

### DROGAS PSICOESTIMULANTES

Aumentan la actividad del SNC.

- coca, cocaína, paco
- tabaco
- cafeína (café, té, bebidas de cola)
- anfetaminas
- drogas de síntesis (anfetaminas y derivados tipo: MDMA, MDE, MDA, MBDB, speed)

### DROGAS ALUCINÓGENAS

Distorsionan la actividad del SNC (alteran la percepción)

- cannabis, marihuana, hachis, polvo de ángel

- LSD
- Mescalina
- Peyote
- Drogas de síntesis (anfetaminas, y derivados tipo: DOB, DOM, PMA)

## Opioides

Los opiáceos son sustancias utilizadas en el tratamiento del dolor. Actúan sobre la gama de receptores denominados opiáceos, entre los que se encuentran los  $\mu$ ,  $\kappa$ ,  $\sigma$  y  $\delta$ . Sobre estos receptores actúan los opiáceos endógenos.

A dosis iguales o superiores a las utilizadas en el dolor, producen bienestar y/o euforia (importante en el refuerzo positivo de la dependencia), seguida por una sensación de tranquilidad, somnolencia, enlentecimiento motor, obnubilación y apatía.

En sobredosis producen depresión respiratoria y coma.

Sus acciones agudas pueden revertirse con antagonistas de los receptores opiáceos: naloxona y naltrexona.

Administrados crónicamente producen tolerancia y abstinencia. Esto se debe a la desensibilización de los receptores y su acción sobre el sistema dopaminérgico meso-cortico-límbico.

**Opio:** resina obtenida de la papaver somniferum, en cuya composición hay morfina, codeína y papaverina. Se la consume por vía inhalatoria (fumaderos).

**Morfina:** es el producto de la combinación del opio seco con agua destilada, que luego de la evaporación se la satura con amoníaco, y se separa la morfina en forma de cristales. Se lo utiliza en comprimidos y ampollas.

**Heroína:** mas eficaz que la morfina en el tratamiento del dolor, se la consume en píldoras, polvo, soluciones para inyectar y por vía inhalatoria (fumada). Los efectos duran entre 6 a 12 hs, consiste en una sensación de bienestar y relajación muy intensa. El consumo puede ser mortal, debido a la depresión respiratoria que puede generar. El uso continuo origina empobrecimiento emocional, alteraciones en la concentración, en la atención y en la memoria.

**Codeína:** tiene una alta potencia analgésica y antitusivo, es frecuente el uso de la codeína contenida en los jarabes de venta libre.

**Crack:** es el residuo resultante de hervir clorhidrato de cocaína en una solución de bicarbonato de sodio para que se evapore el agua. Ingresa rápidamente a la circulación sanguínea, produciendo sensación de euforia, pánico e insomnio. Es altamente adictiva, sus efectos secundarios son muy similares a los de la cocaína, salvo que mas riesgosos por las mezclas de químicos y otras sustancias.

**Paco:** es la pasta base de la cocaína, son los residuos químicos de lo que queda en la olla donde se prepara la cocaína, muchas veces se le agrega,

vidrio o polvos de limpieza. Es altamente adictivo y genera daños irreversibles neurológicos, su consumo crónico, puede llevar a la muerte.

**Dextropopoxifeno:** se lo utiliza como analgésico. Produce tolerancia. En dosis tóxicas podemos ver depresión respiratoria y convulsiones.

**Dextrometorfano:** tiene una alta eficacia como antitusivo. Es similar a la codeína. El consumo de la misma, produce: excitación, euforia, insomnio y confusión.

Los signos de intoxicación por opiáceos son anorexia, impulso sexual disminuido, hipoactividad, atención o memoria deteriorada, analgesia, somnolencia, convulsiones, alucinaciones, náuseas, vómitos, depresión respiratoria, hipotensión, etc. La sobredosis con opioides presenta una tríada característica de síntomas: miosis, depresión respiratoria y coma, puede haber también cianosis

En el tratamiento de desintoxicación de opiáceos suele utilizarse metadona, (agonista con menores propiedades adictiva) y el esquema de la desintoxicación con clonidina, combinado o no con BZD y naltrexona. La clonidina (dosis de 0.3 a 2.5mg por día) no es un opioide ni un antagonista de los opioides, no tiene impedimentos legales para su uso, y actúan atenuando los síntomas de abstinencia por una vía farmacológica diferentes y no presenta casi riesgo adictivo.

También se emplea la buprenorfina (agonista parcial de los receptores morfínicos y antagonista de los receptores morfínicos kappa), para la reducción del craving de cocaína, heroína, morfina, crack y nicotina.

## **Cocaína**

Es un éster del ácido benzoico y una base que contiene nitrógeno. Su nombre químico es benzoil-metil-ecgonina. Tiene acción simpaticomimética, aunque en dosis pequeñas es capaz de desarrollar efectos vagales. Su vida media plasmática es de una hora. Tiene efectos nocivos sobre todo el organismo, en especial sobre el aparato cardiovascular, tiene un comienzo de acción rápido. Sus primeros usos fueron la anestesia local y la vasoconstricción, pero debido a los daños que produce fue retirada.

Entre los efectos que produce, encontramos: quitar el sueño, la sensación de fatiga y el cansancio, disminuye el apetito, produce euforia y da sensación de bienestar. Pero a su vez, produce agresividad, violencia, irritabilidad, pérdida de memoria, trastornos mentales graves (psicosis) e incluso la muerte por infarto de miocardio. Mezclada con otras sustancias, alcohol, aumenta su toxicidad, debido a un peligroso metabolito, el cocaetileno.

## **Benzodiacepinas**

Considerando lo que hemos ido trabajando en los módulos anteriores sobre BZD y su utilización.

Se presentan efectos de abstinencia, rebotes de ansiedad y el insomnio en paciente que las usaron crónicamente, ocasionándoles verdaderas dificultades en la interrupción.

Recaída: se refiere a la reaparición de los síntomas iniciales tras la interrupción de la administración de BZD.

Rebote: exacerbación de los síntomas que presentaba inicialmente el paciente tras la interrupción de la administración de BZD (aumento en intensidad y/o frecuencia de los episodios de ansiedad)

Abstinencias: aparición de síntomas que no eran propios del cortejo original tras la interrupción de la administración de BZD (por ej insomnio, irritabilidad, agitación, convulsiones, etc.)

La tolerancia se debe a la desensibilización del receptor de BZD, con disminución de la conductancia al cloro en las vías gabaérgicas.

Las BZD de vida media prolongada son menos proclives a producir síndrome de abstinencia.

Se recomienda que las BZD no sean el único recurso implementado en el tratamiento para los trastornos de ansiedad, su utilización en las menores dosis posibles y durante tiempo que la afección permita.

El tratamiento de desintoxicación consiste en la lenta disminución de la administración del fármaco y la sustitución por BZD de vida media larga.

## **Anfetaminas**

Utilizadas como anoréxicos (empleadas, para quitar el apetito) y como estimulantes del SNC, son de indicación terapéuticas en la narcolepsia y el trastorno por déficit de la atención en la infancia.

Al igual que la cocaína posee potentes efectos farmacológicos sobre la neurona dopaminérgica, pero a diferencia de ella, su mecanismo de acción predominante es la liberación de DA (una vez liberada tiene efecto secundariamente sobre la inhibición de su recaptación). La depleción (vaciamiento) de las vesículas sinápticas produce el fenómeno conocido como taquifilaxia, que sería, la disminución de la sensibilidad a una droga cuando se la administra en dosis sucesivas separadas por cortos intervalos de tiempo.

La anfetamina también tiene acción de menor relevancia sobre las neuronas noradrenérgicas y serotoninérgicas.

El riesgo de las mismas se debe a la adicción psicológica que genera, como así también al síndrome de abstinencia física. Con frecuencia producen alteraciones psiquiátricas importantes, como psicosis y depresiones.

Se utilizan en el deporte, para disminuir la sensación de fatiga. Producen euforia y sensación de lucidez y de poderío. Las posibles complicaciones que generan son: ansiedad, temblor, agitación, rigidez muscular, convulsiones, hemorragia cerebral, fallo renal y hepático.

**Éxtasis**, es un derivado de las anfetaminas., la droga es la metilendioximetanfetamina (MDMA). Su mecanismo de acción radica en

liberación y recaptación de serotonina y la dopamina, responsables de la modulación del deseo, la excitación, la erección y el orgasmo ya sea como facilitadoras (dopamina) o inhibidoras (serotonina) de los mediadores químicos.

Existe la conocida “píldora del amor”, metilendioxianfetamina (MDA) y también el metilendioxietilamfetamina (MDE), conocida como “Eva”.

## **Alucinógenos**

Son agentes cuya intoxicación produce alteraciones en la percepción, con un nivel claro de conciencia, denominadas psicodélicas y psicotomiméticas.

Psicodélico: experiencia subjetiva de expansión de la mente, comunión con la humanidad, incremento y alteración de la calidad de la percepción.

Psicotomimético: experiencia que mimetiza un estado psicótico (aunque las sustancias que imitan mas genuinamente a la psicosis son la cocaína y la anfetamina).

La intoxicación puede llevar a cuadros de delirium y psicosis.

Las sustancias como el LSD y la psilocibina son de estructura similar a la serotonina y su acción se media por receptores 5-HT<sub>2A</sub>.

Otros agentes como la mescalina, son similares a la NA y la DA, y están relacionados químicamente con la anfetamina.

Pueden producir tolerancia tras una sola dosis, por desensibilización de los receptores 5HT<sub>2A</sub>. La recurrencia espontánea de síntomas de intoxicación en ausencia de consumo se denomina “flashback”, y se puede producir entre horas y meses después del último consumo.

**La fenilciclidina (PCP)**, desarrollado como anestésico fue dejado de lado por producir experiencias psicotomiméticas. Actúa sobre las vías de glutamato, disminuyendo la entrada de calcio a la célula. Produce analgesia, amnesia, delirium, catatonía y la sobredosis conduce al coma, hipertermia, convulsiones y destrucción muscular.

## **Cannabinoideos**

La marihuana presenta más de 400 compuestos activos, entre los que se encuentran principalmente el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), el cannabidiol, el cannabinal y otros isómeros del THC.

La intoxicación puede producir algunos cambios en la conducta, como sedación, bienestar, euforia, ansiedad, suspicacia, sensación de lentitud del tiempo, retraimiento, alteración de la memoria de corto plazo, con algunas características somáticas del orden de la inyección conjuntival, aumento del apetito, sequedad bucal y taquicardia. En dosis altas puede producir pánico, delirium y raramente cuadros psicóticos. A largo plazo, en fumadores crónicos, puede presentarse un cuadro llamado “síndrome amotivacional”, caracterizado

por una clínica subdepresiva: apatía, desinterés, incapacidad para desarrollar planes futuros, empobrecimiento afectivo, abulia, etc.

Las cannabinoideas actúan con los lípidos de las membranas celulares y tiene mucha afinidad por el hígado y el cerebro. Su principal metabolito es el 11-hidro-THC. Los metabolitos son compuestos liposolubles que se almacenan en las membranas biológicas entre 3 y 5 días.

Es posible que haya receptores para cannabinoideas cerebrales, por lo cual existe la hipótesis de que el cerebro podría producir sus propias sustancias cannabinoideas endógenas.

La biodisponibilidad es del 2 al 50% dependiendo de la cantidad, la técnica y la velocidad del fumado.

Además de los efectos conductuales y cognitivos referidos, poseen propiedades analgésicas, antiinflamatorias y anticonvulsivantes.

El tratamiento del “mal viaje” como la sobredosis consta de medidas de contención inespecíficas. Si se exacerban síntomas psicóticos, la terapéutica con neurolepticos es la indicada, así como el clonazepam para las manifestaciones de ansiedad y excitación.

## **Inhalantes**

Son sustancias muy liposolubles, se clasifican como:

- Hidrocarburos alifáticos: naftas, pinturas y solventes
- Hidrocarburos halogenados: productos de limpieza, spray y cetonas.
- Anestésicos: cloroformo, éter y dióxido de nitrógeno (O<sub>2</sub>N<sub>2</sub>)

Llegan con gran facilidad a:

Cerebro: la intoxicación produce un cuadro parecido a la embriaguez etílica (el etanol es similar químicamente con estas sustancias).

Pulmón: destrucción pulmonar, neumonitis.

Corazón: arritmias.

Producen tolerancia pero no suelen aparecer síndrome de abstinencia ni dependencia física.

Son frecuentes y muy graves las complicaciones agudas del consumo: asfixia, depresión respiratoria y arritmias cardíacas.

El abuso crónico conlleva a diversas lesiones entre las cuales destacaremos la posible evolución hacia un cuadro de demencia.

### Bibliografía:

- Kaplan H y Sadock MD. Tratado de psiquiatría IV. Buenos Aires 1997
- Barlow DH , Durand MV. Psicología anormal. Editorial Thomson. Segunda edición. Madrid 2001
- Beck, AT , Newman, C.F. Terapia Cognitiva de la Drogodependencia. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. 1999 .
- Moizeszowicz, J. Psicofarmacología Psicodinámica IV. Capítulo 13. Editorial Paidós. Cuarta edición. Buenos Aires 1998
- Oblitas, Luis A. Psicología de la salud y calidad de vida. Editorial Thomson . Madrid 2002.
- DSM- IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Masson. Barcelona 1995