

# GUÍA CLÍNICA

**Para el Abordaje  
Integral a Menores de 18 años  
con Trastornos por el Uso  
Perjudicial de Sustancias.**



## ÍNDICE

Introducción	3
Definición	3
Epidemiología	4
Anatomía Patológica	6
Fisiopatología	7
Etiología	10
Cuadro Clínico	11
Clasificación	11
Historia Natural de la Enfermedad	13
Diagnóstico	14
Diagnóstico Diferencial	16
Comorbilidad	16
Manejo Integral	17
Pronóstico	28
Niveles de Atención en Salud Mental Infantil y de la Adolescencia	30
Bibliografía	33

## AUTORES

### **Jorge Ramírez Ahuja**

Psicólogo  
Hospital Psiquiátrico Infantil  
"Dr. Juan N. Navarro"

### **Irma Basurto García**

Psiquiatra  
Centro Toxicológico de Xochimilco del  
Gobierno de la Ciudad de México,  
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

### **Francisca Tristan Agundis**

Patóloga  
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"  
Instituto de Neurología y Neurocirugía.

### **Francisco Franco López Salazar**

Psiquiatra  
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

### **Marco Antonio Mendoza Morales**

Psiquiatra infantil y de la adolescencia  
Hospital Psiquiátrico Infantil  
"Dr. Juan N. Navarro"

### **Daniel Héctor Gómez Ortiz**

Epidemiólogo  
Hospital Psiquiátrico Infantil  
"Dr. Juan N. Navarro"

### **Víctor Manuel Velázquez López**

Psiquiatra infantil y de la Adolescencia  
Hospital Psiquiátrico Infantil  
"Dr. Juan N. Navarro"

### **Leticia Delgado Hernández**

Psicóloga  
Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez,

**SECRETARÍA DE SALUD, MÉXICO**

## **INTRODUCCIÓN**

Esta Guía Clínica pretende ser un apoyo para quienes intervienen en la salud mental de menores de 18 años que padecen por el abuso o dependencia a sustancia. Y por lo tanto al elaborar esta guía pretendemos que sirva de orientación en las posibles intervenciones que se presenten en los casos cotidianos en clínicas, centros de salud y centros comunitarios, hospitales generales, instituciones de ayuda mutua e instituciones especializadas.

El objetivo de esta guía es mostrar recomendaciones y alternativas para la atención de pacientes con esta problemática, tratando de unificar criterios de abordaje diagnóstico y tratamiento farmacológico, y terapéutico. Y a su vez, agilizar los procesos de atención clínica y de investigación en el tema.

Esta guía está dirigida a equipos multidisciplinarios de atención primaria y de salud mental, a Médicos Generales, Psiquiatras, Psicólogos, y Trabajadores Sociales. La evaluación operativa y de contenido de esta guía tiene dos fases, primero en el proceso de elaboración que fue a través de la aplicación del instrumento Agree de OMS y la segunda es un análisis del contenido que describe niveles de evidencia científica y grados de recomendación para su uso. El plazo estimado de vigencia es de 2 años a la fecha de publicación.

En la participación de los implicados se describe la satisfacción en la atención, la información recibida el tiempo de atención lugares a los cuales acudió a recibir atención previa a esta unidad hospitalaria, y descripción de tipo de tratamiento.

## **DEFINICIÓN**

Para efectos de esta guía clínica y con base en las definiciones oficiales, se entiende por Adicción o Dependencia, al conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia psicoactiva. NOM 028-SSA 2, 1999, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.<sup>1</sup>

## EPIDEMIOLOGÍA

La OMS, a través de la UNODC estima que en 2007 entre 172 millones y 250 millones de personas consumieron drogas ilícitas por lo menos una vez el año anterior. Según las estimaciones de la UNODC en 2007 había entre 18 y 38 millones de consumidores problemáticos de drogas, en un intervalo de edad de 15 a 64 años,<sup>2,3</sup> véase figura 1.

**Opiáceos.** El número de personas que consumieron opiáceos por lo menos una vez en 2007 se estima entre 15 y 21 millones a nivel mundial. Se cree que más de la mitad de la población del mundo que consume opiáceos vive en Asia.<sup>2,3</sup>

**Cocaína.** El número de consumidores de cocaína por lo menos una vez en 2007 se estima entre 16 y 21 millones a nivel mundial. El mayor mercado sigue siendo América del Norte, seguido de Europa occidental y central y América del Sur.<sup>2,3</sup>

**Cannabis.** Se estima que el número total de personas que consumieron cannabis por lo menos una vez en 2007 varía entre 143 millones y 190 millones. Los niveles más altos de consumo siguen estando en los mercados establecidos de América del Norte y Europa occidental, aunque los estudios recientes parecen indicar que en los países desarrollados está disminuyendo el nivel de consumo, especialmente entre los jóvenes.<sup>2,3</sup>

**Estimulantes.** La UNODC estima que entre 16 y 51 millones de personas de 15 a 64 años consumieron anfetaminas por lo menos una vez en 2007; el número que utilizó “éxtasis” por lo menos una vez se estima entre 12 millones y 24 millones a nivel mundial.<sup>2,3</sup>

En México el consumo de sustancias aún no rebasa las dimensiones que presentan otras naciones; sin embargo, se observa un incremento notable del uso de cocaína, y de metanfetaminas en diversas regiones del país; así como brotes epidémicos por uso de heroína. La Encuesta Nacional de Adicciones en México, ENA 2002, señala que 5% de la población entre 12 y 65 años de edad (3.5

millones de personas), han consumido alguna droga ilegal alguna vez en la vida. 569 mil personas (0.82%) lo hicieron en los últimos 30 días. La marihuana es la droga de mayor consumo en 2.4 millones de personas, en una proporción de 7.7 hombres por cada mujer.<sup>4,5,6</sup>

La cocaína ocupa el segundo lugar en un 1.4% con una relación de una mujer por cada 4 hombres. En orden descendente siguen los solventes volátiles, los estimulantes de tipo anfetamínico; la heroína y los alucinógenos. La prevalencia de consumo alguna vez en la vida es de 8.59% y de 2.11%, respectivamente.<sup>4</sup>

Entre los adolescentes de 12 y 17 años de edad que han usado drogas alguna vez en la vida, 77.7% corresponde a los varones y 23.3% a mujeres.<sup>5,6</sup> La edad promedio de inicio para ambos sexos, fue de 14 años. La droga de uso más frecuente es la marihuana, seguida de los solventes volátiles y en tercer lugar la cocaína. Datos de la misma Encuesta señalan que 14 millones de los adolescentes fuma tabaco y 32.3 millones consumen alcohol.<sup>5,6</sup>

El abuso de alcohol en México es un problema de salud pública, se relaciona directamente con 5 de 10 principales causas de muerte asociadas a enfermedades cardíacas, accidentes cerebro-vasculares, cirrosis hepática, homicidios, lesiones en riñas, accidentes de tránsito, y conductas imprudenciales.<sup>5,6</sup>

Datos de la ENA 2002, señalan que en el país, 32.3 millones de personas entre 12 y 65 años de edad consumen alcohol. Un 25.7% corresponde al sector juvenil.<sup>5,6</sup>

Un estudio longitudinal en Centros de Integración Juvenil A.C. (CIJ) sobre tendencias de consumo entre 1992 a 2005 mostró que la relación entre varones y mujeres se ha modificado durante este periodo, pasando de una mujer por diez hombres, a una proporción de 4.9 hombres por una mujer.<sup>5,6</sup>

**Tabla 1. Atención a problemas de adicción en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.**

<b>Años</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>Total</b>
Total casos	180	193	143	167	163	197	179	155	1377
% de atención hospitalaria	5	4.6	3.3	3.6	4.3	5.8	4.6	4	4.4

Fuente: División de Mejora Continua Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro en 2008.<sup>7</sup>

### **ANATOMÍA PATOLÓGICA**

Las técnicas de neuroimagen facilitan tanto el estudio funcional y estructural del cerebro, como la evaluación de los efectos que sobre él producen los psicofármacos y las sustancias psicoactivas.

Las técnicas de imagen estructural, como la tomografía cerebral y la resonancia magnética estructural, han sido utilizadas para detectar cambios en el volumen tisular de la sustancia gris y blanca, tras el consumo excesivo y prolongado de alcohol, su relación con el envejecimiento y su reversibilidad con la abstinencia continuada.<sup>8</sup>

Las técnicas de imagen funcional (PET, SPECT, resonancia magnética funcional y espectroscópica), permiten relacionar la actividad de algunas regiones del cerebro con la conducta.<sup>8,9,10</sup>

Mediante la utilización de radiofármacos, o drogas marcadas con isótopos radioactivos, se puede obtener información de alteraciones funcionales de la neurotransmisión, que subyacen a determinados fenómenos como el efecto reforzador, el “craving”, la tolerancia al alcohol, a drogas sintéticas, y la abstinencia, principalmente.<sup>8,9,11</sup>

Las nuevas técnicas de neuroimagen podrían aportar un mayor conocimiento sobre los circuitos neuroanatómicos y neuroquímicos, que modulan los efectos emocionales, cognoscitivos, motivacionales y reforzadores de sustancias psicotrópicas. Todo ello resulta decisivo para el desarrollo de las neurociencias y de una nueva farmacoterapia para las conductas adictivas; aquí podemos

mencionar que algunas acciones referentes al apoyo de diagnóstico y tratamiento, sean tomadas en cuenta para desarrollar evidencias en estos puntos clínicos.<sup>8,10,11</sup>

## **FISIOPATOLOGÍA**

Dentro de un marco fisiopatológico que describe las características de la adicción, los comportamientos adictivos son causados primordialmente por la administración de sustancias a un individuo vulnerable, con la dosis, frecuencia y cronicidad. El uso excesivo causa readaptaciones moleculares de vida media en tres clases de sistemas neurales, como son los sistemas encargados del control de las funciones autonómicas u otras funciones somáticas, causando así dependencia física principalmente. Los sistemas que participan en el control del comportamiento motivado, causan deterioro de la voluntad y pérdida del control, y los sistemas que predisponen al deseo por la droga que estos causan recaídas cuando están en tratamientos.<sup>12,13,6</sup>

De las drogas adictivas, solo los opiáceos y el alcohol frecuentemente interactúan con neuronas que causan dependencia somática significativa. Y las drogas causantes de adicción parecen activar y producir cambios duraderos en los circuitos dopaminérgicos que controlan el comportamiento motivado.<sup>13,14</sup>

El sustrato de las propiedades de refuerzo del abuso de drogas es la vía dopaminérgica que se extiende del área ventral del tegmento (AVT) del mesencéfalo al núcleo acumbens (NAc), región del sistema límbico. La vía meso límbica evoca comportamientos motivados para supervivencia y reproducción.<sup>13,14</sup>

La cocaína, nicotina, opiáceos y etanol, todos descubiertos originalmente en plantas o productos de fermentación, tienen efecto de refuerzo porque aumentan las acciones de los neurotransmisores empleados en el Sistema Nervioso Central en vías de gratificación. La cocaína inhibe la recaptura, y por lo tanto la depuración, de la dopamina, y la anfetamina causa liberación de dopamina. Los opiáceos semejan a compuestos endógenos, que pueden actuar de forma directa sobre el NAc y pueden también desinhibir el AVT, ocasionando liberación de dopamina. La nicotina por su parte simula la acción de la acetilcolina en sus receptores nicotínicos. El etanol es un compuesto muy inespecífico, pero tiene un

efecto facilitador poderoso sobre los receptores de ácido gama-amino butírico A (GABA). Aunque las acciones de la nicotina y el etanol en el circuito de gratificación cerebral no se conocen del todo, se ha demostrado que ambas sustancias liberan dopamina en el NAc. Aunque todas las drogas activan la vía de gratificación meso límbica, son muy heterogéneas respecto a otros sitios de acción en el cerebro. Los síndromes específicos de intoxicación, dependencia y supresión dependen de todos los sitios del cerebro en los que se encuentran receptores para cada droga. Además, la vía de administración de la misma, influye en el abuso y adicción. Las drogas por sí son reforzadoras cuando su nivel aumenta con rapidez en el cerebro, por lo que las sustancias fumadas o inhaladas producen efectos más poderosos que las ingeridas. El hecho de que ciertas drogas causan satisfacción, no explica su uso compulsivo. De hecho, con el uso crónico, la gratificación con el uso de la sustancia puede disminuir o incluso desaparecer sin que se reduzca la cantidad ingerida.<sup>12,13,14</sup>

Los síndromes de adicción se presentan a largo plazo o adaptativos en la función cerebral. El primer tipo de adaptación inducida por drogas es el sustrato de dependencia física a los opiáceos. El locus cerúleos (LC) noradrenérgico en la porción dorsal del puente y otros núcleos noradrenérgicos relacionados, son las vías comunes finales de este síndrome. Las neuronas del LC participan en el control de la función autónoma y otras funciones somáticas relacionadas con la respuesta pelea-huida. Las neuronas del LC y algunas de sus vías aferentes tienen receptores opiáceos que responden a drogas semejantes a la morfina. Con el bombardeo crónico de esos receptores opiáceos por el uso de heroína, morfina o drogas relacionadas a estas, ocurren adaptaciones homeostáticas dentro del LC y sus vías aferentes, que tienden a compensar los efectos de los opiáceos en el cerebro. Por lo tanto, la administración aguda de opiáceos inhibe en forma importante la descarga del LC, aunque con la administración a largo plazo ocurre tolerancia (la velocidad de descarga regresa en forma lenta a normal). La dependencia se pone al descubierto al suspender la administración de opioides. En forma compensatoria a la administración de opioides, la excitabilidad intrínseca del LC aumenta, pero está balanceada por la administración continua de opioides.



Con la abstinencia de opioides, el LC ahora adaptado es híper excitable y descarga a gran velocidad. Esta mayor descarga ha correlacionado en forma experimental con el síndrome de supresión física a opiáceos.<sup>12,13,14</sup>

La cocaína no causa dependencia o supresión física. Pero como entendemos los aspectos motivacionales de la supresión. Los síntomas precisos difieren entre cada droga, pero quienes usan drogas adictivas comienzan a salir de un episodio de uso, presentan estado de ánimo disfórico, anhedonia y al pasar el tiempo, un deseo intenso por la droga. Estos síntomas se han demostrado sobre todo en la supresión por cocaína.<sup>12,15</sup>

Las adaptaciones que ocurren en los circuitos cerebrales de gratificación y que contribuyen a la dependencia, se encuentra un grupo de respuestas compensadoras al bombardeo dopaminérgico (adaptaciones que tienden a disminuir la liberación o eficacia de la dopamina). Una de estas, y que se ha demostrado después de la administración prolongada de anfetaminas o cocaína en modelos en rata y estudios de cerebros humanos postmortem, es la regulación positiva de la expresión del gen prodinorfina. Con la hiperestimulación de los receptores D1 de dopamina por el aumento en las sinapsis de dopamina causado por la cocaína o las anfetaminas, se induce la vía de mono fosfato cíclico de adenosina (AMPC) en las neuronas estriadas y del NAc, lo que a su vez activa la transcripción del gen prodinorfina. Los péptidos prodinorfina resultantes son transportados, en parte, a terminales nerviosas que los liberan cerca de terminales de dopamina, en donde actúan para disminuir la liberación de dopamina. El aumento inducido por drogas del ARN mensajero de prodinorfina y de los péptidos de dinorfina, significa que cuando una persona dependiente de cocaína o anfetaminas no está recibiendo estas drogas disminuye la liberación de dopamina a concentraciones menores de lo normal, lo que puede contribuir a los síntomas de supresión que motivan la ingesta repetida de la droga. La suspensión de la droga que ha causado liberación continua de dopamina desenmascara procesos adaptativos que tenían por objeto disminuir la respuesta intrínseca a la dopamina en el circuito meso límbico de gratificación. Estos mecanismos adaptativos

inducidos por drogas alteran el control de la voluntad, y obligan a buscar y consumir la droga y que esto sea la prioridad en el comportamiento.<sup>12,13,14</sup>

## ETIOLOGÍA

No es posible hablar de un factor específico de la farmacodependencia o de la dependencia a las drogas; las causas no han sido totalmente esclarecidas, solo se sabe que es multicausal y que resultan de la interacción recíproca entre el sujeto y el fármaco, el usuario y el ambiente. Por tal razón deben de analizarse estas condiciones.<sup>16</sup>

- a) La droga, su naturaleza y sus efectos farmacológicos
- b) El individuo, con su personalidad básica y sus expectativas e intereses
- c) La sociedad, con normas y tradiciones, que pueden limitar o favorecer el contacto con la sustancia.<sup>17</sup>

Existen referencias de que los genes del individuo, la acción de las drogas, la presión de medio social, condiciones emocionales, ansiedad, depresión y estrés que pueden ser factores desencadenantes del proceso. Las condiciones adversas medio ambientales pueden llevar al uso o abuso, pero al menos la mitad de los individuos que sufren los efectos de la adicción sufren depresión, trastorno de déficit de atención, trastorno de estrés postraumático u otro problema en la salud mental comorbido. Es posible que niños que crecen en un ambiente de consumo de drogas, vean primero a sus padres consumiendo drogas, lo que es un riesgo para desarrollar una adicción. La intoxicación y las sobredosis, pueden ser accidentales o intencionales. Los síntomas de abstinencia de una droga se producen cuando se suspende o se reduce el consumo de la sustancia y varían según la sustancia de la que se está abusando.<sup>17</sup>

Las drogas que producen dependencia o muestran posibilidades de abuso, tienen efectos básicamente psicotrópicos, produciendo bienestar o experiencias subjetivas placenteras, siendo consideradas como reforzadores positivos, desde el punto de vista psicológico, como se menciona en el apartado de fisiología. Por otra parte alivian la saciedad, la pasividad o la fatiga o fenómenos de supresión producidos por ellas mismas, obrando así como refuerzos negativos.<sup>17,18</sup>

Se ha afirmado inversamente que las drogas con efectos desagradables predominantes no producen dependencia. Esto precisa que algunos psicotrópicos como neurolepticos y antidepresivos no presentan potencial de dependencia.<sup>4</sup>

### CUADRO CLÍNICO Y CLASIFICACIÓN

El cuadro variará de acuerdo a las sustancias de abuso, y pueden ser clasificadas como depresores, estimulantes, alucinógenos y mixtos (Tabla 2 y 2A).

**Tabla 2. Clasificación, tipo y efectos de algunas sustancias de abuso y adicción.**

SUSTANCIA	NOMBRE COMÚN	USO MEDICO	DEPENDENCIA	EFFECTO HORAS	VÍAS DE ADMINISTRACIÓN
<b>DEPRESORES</b>					
Alcohol	Varios	No tiene	Si	2 - 4	Oral
Opio	Opio, chocolate, cruz, goma.	No tiene	Si	3-6	Oral fumada
Morfina	Analfin, graten	Analgésico	Si	3-6	Oral fumada, aspirada e inyectada
Heroína	Heroína, chiva, tecata, vidrio, cajeta.	No tiene	Si	3-6	Oral fumada, aspirada e inyectada
Codeína	Coderit	Analgésico	Si	3-6	Oral
Barbitúricos	Alepsal	Anticonvulsivo, sedante hipnótico	Si	1-16	Oral, inyectada
Benzodiacepinas	Valium, Ativan, Tafil, Rohypnol, reinas	Ansiolítico, sedante, anticonvulsivo	Si	4-24	Oral inyectada
Disolventes volátiles	Thinner, mona, Fz10, Chemo, flexo, activo.	No tiene	No	1-2	Inhalada
Nitrato de amilo	Popper's climax,	No tiene	No	1-2	Inhalada
Gamma Hidroxibutirato (GHB)	Éxtasis líquido, Vita G	No tiene	Si	3-6	Oral
Fenciclidina	Polvo de ángel, PCP, niebla	Uso veterinario	Si	14-24	Oral, fumada

<b>ESTIMULANTES</b>					
Nicotina	Tabaco, cigarro, tabiro, puro	No tiene	Si	1-2	Fumada, transdérmica, masticada
Cocaína	Cocaína, crack, piedra, cabello, perico, soda.	No tiene	Si	2-4	Fumada, aspirada, inhalada, inyectada
Anfetaminas	Benzedrina, dexedrina, periquitos, bombitas, anfetás.	Narcolepsia Déficit de la atención.	Si	2-4	Oral
Metanfetaminas (MDMA)	Éxtasis, tachas, cristal.	No tiene	Si	4-8	Oral, fumada, inyectada
Metilfenidato	Ritalin; ritas, vitamina R.	Déficit de atención.	Si	4-6	Oral
<b>ALUCINOGENOS</b>					
Psilocibina	Hongos, hongrecitos.	No tiene	No	8-12	Oral
Mescalina	Peyote	No tiene	No	10-12	Oral
Dietilamina del Ácido Lisérgico (LSD)	LSD, ácidos	No tiene	No	12- 48	Oral
<b>MIXTOS</b>					
Cannabinoides	Marihuana, hashish mota, yerba, caca de chango, café.	No tiene	Si	2- 4	Oral, fumada

**Tabla 2A.**

<b>SUSTANCIA</b>	<b>DATOS DE INTOXICACIÓN</b>	<b>SINTOMAS DE ABSTINENCIA</b>
<b>DEPRESORES</b>		
Alcohol	Desinhibición, agresividad, verborrea, deterioro de la atención, juicio alterado, marcha inestable, disartria, nistagmos, conciencia disminuida, rubicundez, inyección conjuntival	Temblores, sudoración, náuseas, hipertensión, agitación, cefalea, insomnio, ilusiones y alucinaciones.
Opio Morfina Heroína Codeína	Euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación, o inhibición psicomotoras, alteración de juicio, somnolencia o coma, lenguaje farfullante, deterioro de la atención o de la memoria	Deseo imperioso de consumo, rinorrea, estornudos, lagrimeo y dolores musculares o calambres abdominales, náuseas y vómito, diarrea, midriasis, pilo erección, taquicardia, bostezos, sueño sin descanso

Barbitúricos  Benzodiacepinas	Comportamiento sexual inapropiado o comportamiento agresivo, labilidad del estado de ánimo, deterioro de la capacidad de juicio, lenguaje farfullante, incoordinación, ataxia, nistagmos, deterioro de la atención, o de la memoria, estupor o coma.	Taquicardia, diaforesis, temblor de manos, insomnio, nauseas o vomito, alucinaciones visuales, táctiles y auditivas transitorias, o, ilusiones, agitación psicomotora, ansiedad, convulsiones.
Disolventes volátiles	Apatía, letargo, agresividad, distimia, juicio alterado, deterioro de memoria, y atención, ataxia, nistagmos, somnolencia, estupor, coma, debilidad muscular, diplopía.	No se ha descrito
Nitrato de amilo	Cefalea, rubicundez, hipotensión, taquicardia y mareo, nausea, vómito, relajamiento de músculos,	No se ha descrito
Gamma Hidroxibutirato (GHB)	Alteración de juicio, somnolencia, coma, lenguaje furfullante, deterioro de la atención y memoria	Ansiedad, insomnio, temblor, taquicardia, delirium, agitación psicomotriz.
Fenciclidina	Distorsión de percepción disociación, hetero agresividad, impulsividad, agitación, deterioro de juicio, nistagmos, hipertensión, taquicardia, hipoalgesia, ataxia, disartria, rigidez muscular, crisis convulsivas, coma, hiperacusia.	Vocalizaciones, bruxismo, hiperactividad aculo motora, diarrea, pilo erección, somnolencia, temblor, convulsiones
<b>ESTIMULANTES</b>		
Nicotina	Insomnio, sueños extraños, distimia, hiporexia, nausea, des realización, vomito, diaforesis, taquicardia, arritmias cardiacas.	Deseo imperioso de consumir la sustancia, humor disfórico, letargo y fatiga, enlentecimiento o agitación psicomotriz, aumento de apetito, insomnio o hipersomnía, sueños extraños o desagradables, dificultad para la concentración.
Cocaína Anfetaminas MDMA Metilfenidato	Euforia, sensación de aumento de energía, hipervigilancia, creencia de actos grandiosos, agresividad, verborrea, distimia, ilusiones auditivas, visuales y táctiles, alucinaciones normalmente con la orientación conservada, ideación paranoide, taquicardia, arritmias cardiacas, hipertensión, escalofríos, nausea, vomito, hiporexia, pérdida de peso, midriasis, agitación psicomotriz, debilidad muscular, dolor torácico, convulsiones.	

ALUCINOGENOS		
Psilocibina Mescalina LSD	Ansiedad o depresión, ideas de referencia, miedo a perder control, ideación paranoide, deterioro de juicio, intensificación subjetiva de percepciones, despersonalización, desrealización, ilusiones, alucinaciones, sinestesias, taquicardia, diaforesis, diplopía, midriasis.	No se han descrito
MIXTOS		
Cannabinoides	Euforia, desinhibición, ansiedad o agitación, suspicacia o ideación paranoide, juicio alterado, sedación, deterioro de la atención, ilusiones, alucinaciones, despersonalización.	No se han descrito

Referencias: Ley General de Salud, modificación abril 2006. Capítulo de trastornos mentales del CIE 10 (cap. F) Organización Mundial de la Salud WHO. Suiza 1992. Diagnostic and Statistical Manual Disorders, 4TH. Edition, text revised. American Psychiatric Association, Washington D. C. 2000.<sup>19,4</sup>

**Tabla 3. Clasificación Internacional de Funcionalidad CIF.**

B (Body)	Funciones corporal. Alteración en las funciones mentales por uso de sustancias B 114 Orientación b 117 Funciones intelectuales; b 122 Funciones psicosociales globales b 164 Funciones cognitivas superiores
S (Structures)	Estructuras corporales implicadas en la evaluación de funcionalidad pacientes usuarios de sustancias S 110 Estructuras del cerebro S 120 medula espinal y estructuras relacionadas 1201 nervios espinales S 6308 estructuras relacionadas con el sistema reproductor
D (Domains)	Actividades y participación. Califica desempeño/ realización y capacidades en pacientes usuarios de sustancias. d 175 resolver problemas, d 177 tomar decisiones. d 220 llevar a cabo múltiples tareas, d 240 manejo del estrés y otras demandas psicológicas d 820 educación escolar(aprendizaje) d 840 aprendizaje (preparación para el trabajo) d 845 conseguir, mantener y finalizar un trabajo d 860 transacción económica básica d 940 derechos humanos
E (Environment)	Factores ambientales. e. 465 Problemas con las normas y actitudes sociales e. 1101 Medicamentos. Integración al tratamiento farmacológico. e. 2100 barrera geográfica e 570 Servicios, sistemas y políticas de seguridad social e. 580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias

Fuente: OMS/OPS/IMSERSO, 2001.<sup>20</sup>

## HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

Estudios sobre el uso de sustancias, reportan su ocurrencia al final de la niñez e inicios de la adolescencia, y el inicio de la dependencia se presenta años o meses después. La experiencia inicial no predice qué personas se volverán dependientes. Sin embargo, el uso temprano tiene elementos de dependencia y las vías de administración que producen inicio rápido y niveles altos en sangre (p. e., intravenoso o fumado) pueden asociarse con mayor riesgo de trastorno de abuso de sustancias. Los factores de riesgo de dependencia de sustancia demostrados son el sexo masculino y tener un familiar de primer grado con antecedentes de dependencia. Aunque el riesgo familiar es más claro en el alcoholismo, también parece existir en otros trastornos de abuso de sustancias. Algunos pacientes pueden predisponer al abuso de sustancias y se incluyen psicopatologías como el trastorno por déficit de atención, el trastorno disocial, el trastorno bipolar, algunos trastornos ansiosos y los trastornos de la personalidad.<sup>21,22,23</sup>

Se ha afirmado que el uso de las llamadas drogas suaves (nicotina, alcohol y marihuana) puede proporcionar una vía para el uso de drogas como la heroína y cocaína. Sin embargo, esta hipótesis no ha sido demostrada. Nunca se ha comprobado en forma convincente que el uso de nicotina, alcohol y marihuana tengan un efecto independiente sobre el uso de otras drogas. Puede suceder que por ser éstas las drogas más accesibles en México, sean las primeras sustancias empleadas por los individuos ya predispuestos con drogas.<sup>21,22</sup>

## DIAGNÓSTICO

**Tabla 3. Criterios**

1. Tolerancia	Necesidad del aumento en cantidad de sustancia para la intoxicación o efecto deseado.
2. Abstinencia	a) Síndrome de abstinencia característico de la sustancia, b) ingestión de la misma sustancia, o una parecida para evitar síntomas.
3. Deseo persistente	Esfuerzos poco exitosos para cortar o controlar el uso de la sustancia.
4. Inversión de tiempo	En la búsqueda y obtención de la sustancia, consumirla, o recuperarse de sus efectos.
5. Reducción o abandono	De actividades sociales, ocupacionales o recreativas y otras de interés.
6. Uso continuo de sustancia	Presencia de problemas físicos recurrentes o persistentes, presumiblemente causados o exacerbados por la sustancia. <sup>4,23,24</sup>



**Tabla 4. Instrumentos de apoyo diagnóstico**

Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta	(Composite International Diagnostic Interview-CIDI). El CIDI entrevista sobre uso de sustancias, apoyo diagnóstico de las principales categorías en las clasificaciones CIE-10 y DSM-IV-RT. con Modulo de Abuso de Sustancias (SAM) el CIDI-SAM. Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry-SCAN).
Mini – Kid. Entrevista diagnóstica estructurada, de duración breve.	Explora, los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Existen varias versiones en español: La MINI. La MINI Plus para la investigación y La MINI Kid para niños y adolescentes.
Estudio de fiabilidad de la entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children- Present and Lifetime version (K-SADS-PL)	La versión en español de la entrevista K-SADS-PL es un instrumento fiable para diagnosticar la psicopatología de niños y adolescentes.
Instrumentos específicos que evalúan únicamente la gravedad de la adicción al alcohol o a una sustancia en particular.	Instrumentos de evaluación global el Índice Europeo de Gravedad de la Adicción (EuropASI) y la familia del Índice de Gravedad de la Adicción 6ª versión (ASI6: entrevista basal o ASI6, entrevista de seguimiento o ASI6-FU y versión para niños y adolescentes o TEEN).
Instrumentos para la evaluación de la gravedad de la adicción al tabaco	Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina. Cuantifica el grado de dependencia.
Instrumentos para la evaluación de la gravedad de la adicción al alcohol.	Escala de Intensidad de la Dependencia Alcohólica – EIDA Desarrollada por Rubio y cols. (1998) para valorar la intensidad de la dependencia al alcohol, (SADQ).
Cuestionario sobre los Componentes Obsesivo Compulsivos de la Bebida – OCDS	Desarrollado por Antón y cols. (1995) para valorar la preocupación por la bebida (componente obsesivo) y el consumo de bebida (componente compulsivo).
Escala Multidimensional de Craving de Alcohol – EMCA	Es una escala desarrollada por Guardia y cols. (2004) mide dos factores del craving, el deseo y la desinhibición conductual entendida como falta de resistencia.
Escala para Evaluación de la Abstinencia Alcohólica del Addiction Research Foundation Clinical Institute– CIWA– Ar La CIWA – Ar	Evalúa intensidad de la sintomatología de la abstinencia de alcohol. Diferentes signos y síntomas relacionados con la abstinencia.
Escala de Valoración de la Gravedad Selectiva para Cocaína – CSSA	Escala para cuantificar la intensidad de sintomatología de la abstinencia de cocaína.
Cuestionario de Craving de Cocaína – CCQ	Cuestionario diseñado por Tiffany y cols. (1993) cuantificar intensidad del craving de cocaína temporal (CCQ-Now) o durante los últimos 7 días (CCQ-General).
Instrumentos para la evaluación de la gravedad de la adicción a benzodiazepinas	Cuestionario de Síntomas de abstinencia de Benzodiazepinas – BWSQ Desarrollado Tyrer evalúa síntomas que aparecen tras la retirada de las benzodiazepinas. Evalúa trastornos de la percepción y sensación, síntomas somáticos, humor depresivo, pérdida del control de movimientos voluntarios y de memoria.

23

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La siguiente tabla muestra los principales diagnósticos a descartar en la evaluación de un paciente con sospecha diagnóstica de abuso de sustancias:

Esquizofrenia	Reevaluación clínica por medio de entrevistas diagnósticas, determinación de drogas en orina, antecedentes familiares de esquizofrenia, historia del desarrollo.
Trastornos de conducta	Reevaluación clínica por medio de entrevistas diagnósticas, historia de trastornos externalizados previo al consumo de sustancias.
Trastornos Afectivos	Considerar el orden de aparición de los síntomas y su tiempo de evolución.
Ansiedad	Considerar estímulos ansiogénicos, descartar que la ansiedad sea parte de un síndrome de abstinencia.

## COMORBILIDAD

La comorbilidad es la existencia de cualquier enfermedad clínica adicional diferenciada que existía previamente o que aparece en el curso de la evolución clínica de un paciente que sufre la enfermedad en ese momento estudiada. Existe Coincidencia significativa entre algunos trastornos psiquiátricos y el consumo de drogas; además de complicaciones médicas y el uso de poli sustancias.

**Tabla 6. Comorbilidad más frecuente de acuerdo a la sustancia de abuso**

Sustancia	Consumo de otras sustancias	Comorbilidad Médica	Trastornos internalizados	Trastornos externalizados	Otros
Alcohol	Tabaco Marihuana Disolventes volátiles	Anemia Macroscítica Alteraciones hepáticas Desnutrición	Depresión Trastorno de angustia, agorafobia, fobia social etc.	Trastorno disocial TDAH	
Cocaína	Alcohol, Marihuana, Tabaco, Disolventes Volátiles	Accidentes, Vasculares y Cardiopatías	Trastornos de Angustia, Fobia social, Agorafobia, Depresión, Distimia	Trastorno Disocial	
Marihuana	Alcohol, Cocaína, Tabaco		Fobia Simple, Ataques de Pánico	Se ha asociado a pródomos de esquizofrenia o inicio de sintomatología psicótica.	
Disolventes volátiles	Marihuana	Edema Pulmonar, Cardiopatía, Desnutrición, Neuropatía	Distimia Ansiedad	Trastorno Disocial	Psicosis con ideas delirantes paranoides y deterioro cognoscitivo.
Benzodiacepinas	Alcohol, Cocaína, Disolventes Volátiles		Depresión		Deterioro de la memoria y atención

16,25,26,27

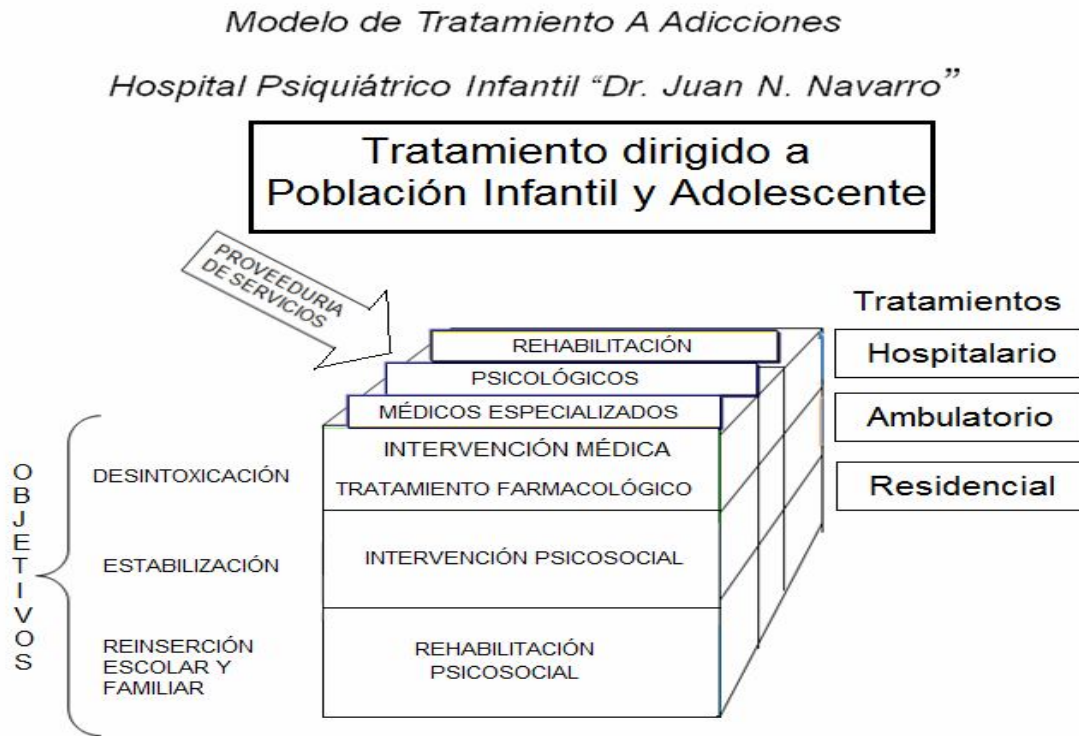
## MANEJO INTEGRAL

**Detección temprana, factores de riesgo.** El uso de drogas varía en relación con la actividad que desarrollan los menores. Quienes están en situación de mendicidad o se prostituyen tienen mayor consumo; en el grupo de 6 a 11 años, un 6% dijo usar drogas; el porcentaje aumenta hasta 41% entre los 12 y 17 años de edad. 25% de los menores con familias donde existe una figura paterna, tienen menor posibilidad de trabajar en lugares donde se ofrecen drogas, en tanto que a un 17% les ofrecieron drogas en su lugar de trabajo.<sup>28,29</sup>

Los programas de tratamiento requieren de la comprensión del proceso de recuperación del trastorno adictivo. Este proceso es a largo plazo y requiere de múltiples intentos y cambios conductuales. Al momento de acudir a tratamiento, los pacientes han tenido una serie de experiencias negativas en un período de tiempo relativamente corto. Esta situación condiciona disfunción en la familia, y en la escuela. Los pacientes suelen recaer varias veces en el consumo de sustancias antes de lograr una abstinencia verdadera independientemente de la droga que se trate.<sup>29</sup>

Normalmente los adolescentes rechazan las opciones que se les presentan, en favor de intervenciones menos intensivas. Otros rechazarán todo tipo de ayuda externa porque dicen no necesitarla y que “ellos solos” pueden dejar la droga (negación del problema). Por lo anterior, es conveniente dedicar tiempo para motivar al paciente para que reciba tratamiento, en vez de imponer una intervención terapéutica.

Figura 2.



28

**Detección oportuna.** Las estrategias de detección oportuna, son procesos de identificación en menores de edad que presentan problemas asociados al consumo de drogas. Conocer las particularidades de la población es el objetivo central. Y lo sustantivo, es lograr ubicar, definir y evaluar el estadio motivacional en que se encuentra, y dirigirlo hacia una etapa de cambio que le posibilite la toma de decisión y el ingreso a un tratamiento. Para su realización es necesario aplicar instrumentos como los ya mencionados en el apartado referente a diagnóstico.<sup>28</sup> Las prácticas clínicas coinciden en la inclusión de personal calificado destinado a diagnosticar, tratar y rehabilitar, que permita limitar el daño, discapacidad y muerte, a través de la intervención oportuna, de desintoxicación, estabilización y control de patologías resultantes de la interacción del individuo con la droga.<sup>28</sup> En el ámbito psicológico se sugiere la utilización de procedimientos y técnicas relativas al campo de la salud mental en niños y adolescentes dirigidos ex profeso a las adicciones.

En el plano social es responsabilidad de los trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores y otros profesionales afines, quienes deben utilizar técnicas que tiendan al desarrollo armónico en sus diversos componentes, considerando las áreas: familiar, educacional, laboral y la administración del tiempo libre a fin de implementar las redes de apoyo social.<sup>29</sup>

La intervención terapéutica supone comprensión y conocimiento por ello requiere la realización de:

- Evaluación, delimitación e inicio del problema.
- Formulación y control de las hipótesis del problema.
- Selección de objetivos claros.
- Especificación de variables.
- Tratamiento (acorde a la disponibilidad real del sujeto).
- Evaluación del proceso y del resultado.
- Seguimiento de los resultados alcanzados.

### **Psicoeducación**

Estrategias de sensibilización e información, en los servicios de salud públicos y privados, se deben difundir los riesgos a la salud provocados por el consumo de drogas. Dar a conocer a los usuarios la evidencia científica de las consecuencias del consumo y las razones por las que se justifica su inclusión en programas de tratamiento y rehabilitación. A través de campañas informativas, propiciar la atención y una adecuada canalización a los servicios especializados. Destacando que en México las adicciones se asocian con un estigma social, es indispensable la participación de agentes comunitarios y líderes de la localidad para promover una comprensión clara de todos los factores que inciden en el uso de drogas y la manera más eficaz de tratarlos.<sup>29</sup>

### **Modelos de Tratamiento**

**Modelo Hospitalario.** Fundamentado en el modelo médico y su utilización es básica para:

- Tratamiento del daño orgánico

- Desintoxicación
- Control de la abstinencia
- Disminución de los efectos de las sustancias
- Mantenimiento a largo plazo
- Tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica
- Se emplea fundamentalmente la farmacoterapia para:
- Reducir los signos y síntomas de la intoxicación y abstinencia.
- Eliminar el efecto de la droga

Promover que el uso de la droga sea de tipo aversiva a través de una interacción farmacológica.

- Empleo de estrategias de sustitución (metadona, parches de nicotina etc.).
- Tratamiento de padecimientos asociados.<sup>26</sup>

**1-. Desintoxicación.** La intoxicación aguda es un estado transitorio, consecutivo al consumo de alcohol u otra sustancia psicoactiva, que provoca alteración en los niveles de conciencia, cognitivo, perceptual, afectivo, conductual o en las funciones y respuestas psicofisiológicas.

El grado de la intoxicación, generalmente depende de las dosis de sustancia psicoactiva consumida, aunque algunas personas reaccionan en forma desproporcionada. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo y la recuperación generalmente es completa.

La desintoxicación clínica es la etapa inicial e intensiva del tratamiento. En estos programas, se administra un tratamiento de desintoxicación bajo supervisión médica. El objetivo principal de los programas de desintoxicación es lograr la abstinencia en la forma más segura y cómoda posible. La desintoxicación no constituye por sí misma un tratamiento de rehabilitación y no es suficiente para que las personas logren una abstinencia duradera. Permite el control de síntomas y cuadros psiquiátricos mediante la ingesta de medicamentos.

Para la atención del paciente, se debe contar con personal capacitado; con estudios de laboratorio que orienten al médico a determinar si se enfrenta a una intoxicación por una o varias drogas, dato que permitirá establecer un plan

terapéutico que permita estabilizar al paciente (contrarrestar el efecto farmacológico adverso), eliminar en lo posible la droga y limitar complicaciones que puedan evolucionar a daño orgánico, tales como hipertensión, cardiopatías, neuropatías, encefalopatías y que de no recibir la atención específica.<sup>17</sup>

**2-. Estabilización.** El consumo crónico de drogas generalmente evoluciona a daño orgánico, discapacidad y muerte. Se debe buscar, de acuerdo a los antecedentes de consumo, la afectación en un órgano o sistema y determinar su grado, paralelamente incorporarlo a programas de atención profesional psiquiátrica, psicológica, Ayuda Mutua, comunidades terapéuticas. Así como, el manejo y seguimiento de terapia sustitutiva, para que la intervención sea integral.

**Modelo ambulatorio.** Los servicios de desintoxicación ambulatorios son indicados cuando se considera que las personas con trastornos por uso de sustancias pueden abstenerse de consumirlas sin salir de la comunidad. Por lo general, la desintoxicación se inicia en el centro que ejecuta el programa o en el domicilio de la persona, con un período de estabilización durante el cual se administran sustancias de apoyo.<sup>17</sup>

Después de esta etapa, se va reduciendo gradualmente la dosis a lo largo de un período que fluctúa entre algunas semanas y varios meses. En ese lapso se puede alentar a la persona a recibir asesoría, tratamiento médico y otros servicios terapéuticos como: psicoterapia individual, familiar, grupal, orientación a familiares de adictos y grupos de ayuda mutua.

Rehabilitación: etapa de prevención de recaídas. En la etapa de rehabilitación o de prevención de recaídas se atiende a las necesidades que han concluido la fase de desintoxicación.

Los programas de prevención de recaídas o de rehabilitación tienen por objeto cambiar el comportamiento de los pacientes para que puedan poner freno al deseo de consumir sustancias.

En esa etapa se aplican intervenciones psicosociales y sanitarias, que pueden incorporar la farmacoterapia.<sup>17</sup>

**Intervenciones comunitarias y ambulatorias.** Programas que ofrecen planes de atención psicoterapéutica o de asesoría. El plan configura su función de acuerdo a las necesidades de cada participante, con adaptación a un método de gestión de casos.

Los programas ambulatorios, con intervenciones terapéuticas individuales, grupales y familiares, van desde planes básicos, con asistencia de dos veces por semana, a planes más intensivos, a los cuales se espera que los participantes asistan sistemáticamente. Se trata de apoyar en la comprensión y reconocimiento de su comportamiento en relación con el consumo de drogas.<sup>17</sup>

**Intervenciones y programas de rehabilitación residencial.** Hay programas de rehabilitación residencial a corto y a largo plazo. Los primeros incluyen un plan de desintoxicación en la primera etapa y duran de 30 a 60 días. Los programas a largo plazo, por lo general no comprenden la abstinencia con supervisión médica y duran de seis meses a un año como máximo. El modelo más común de rehabilitación residencial a largo plazo es la “comunidad terapéutica”, utilizada en el servicio PAIDEIA del Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

Los servicios de rehabilitación residencial tienen varias características en común, vida comunitaria con otros dependientes en recuperación; asesoramiento individual y en grupo para prevenir recaídas; gestión de los casos en forma individual; desarrollo de la capacidad para enfrentar la vida cotidiana; formación y experiencia laboral; servicios de vivienda y reinstalación y apoyo al post tratamiento o seguimiento.

Por lo general, se usa una metodología análoga a la de los grupos de ayuda mutua, tales como narcóticos anónimos y cocainómanos anónimos. Algunos de esos programas disponen de hogares intermedios o de transición, que son espacios colectivos semiindependientes, situados generalmente cerca del lugar donde se administra el programa residencial principal.



**Diseño de un plan de tratamiento farmacológico.** Antes de instaurar el tratamiento conviene haber planificado una secuencia de alternativas terapéuticas. Es posible que la primera alternativa no sea eficaz o produzca efectos secundarios que obstaculicen el cumplimiento de la prescripción. Entonces hay que tener preparada otra opción para poder ser instaurada rápidamente, sin que se produzca una solución de continuidad en el proceso terapéutico. El paciente debe conocer que se ha diseñado este plan de tratamiento. Así, se transmite la idea de que se inicia un proceso terapéutico a mediano o largo plazo y que se ha previsto la presentación de incidencias y las soluciones para las mismas.<sup>17</sup>

**Prevención de efectos indeseados de los medicamentos.** La presentación de efectos secundarios puede poner en riesgo todo el plan de tratamiento farmacológico. Por este motivo hay que seguir una política estricta de prevención de efectos indeseables, mediante la elección idónea de los fármacos y la instauración lenta del tratamiento. Además, conviene conocer cuáles son las áreas del funcionamiento personal que el paciente valora más. Por ejemplo, en algunos casos la disfunción sexual inducida por un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina (ISRS) puede provocar una fuerte reacción de rechazo, mientras que el efecto causado por una sustancia con base anticolinérgica apenas tiene repercusiones sobre las preocupaciones del paciente.

**Dosificación flexible.** Las dosis necesarias para corregir varían con los requerimientos del medio. Ante el afrontamiento de acontecimientos vitales estresantes suelen ser necesarias dosis más elevadas de la medicación dirigida, por ejemplo, a reducir la ansiedad o disminuir la suspicacia. Cuando las dificultades se moderan, la dosis debe ser reducida a los niveles basales para volver a un nuevo incremento si fuese necesario.<sup>17</sup>

**Valoración de los resultados a largo plazo.** El efecto de cualquier intervención farmacológica es normalmente prolongado y continuo. Otra razón que obliga a

valorar los resultados a largo plazo es que los cambios esperados se producen, por medicación porque debe ser instaurada esta lentamente.

**Resistencia al tratamiento.** Las razones por las que pacientes adictos se resisten al tratamiento son variadas. La tendencia natural del uso de la droga, los múltiples intentos de tratamiento que terminan en abandono y la comorbilidad psiquiátrica explican buena parte de la dificultad terapéutica. En muchos pacientes, la inexistencia de un diagnóstico preciso y de un tratamiento adecuado facilita la exposición continua a situaciones de alto riesgo y a una inestabilidad en el estilo de vida que se asocia al uso habitual de drogas. Algunos pacientes psiquiátricos «tratan» sus síntomas con uso de sustancias y se resisten a abandonarla por ello. La mayoría de los paciente adictos sin síntomas graves de abstinencia, comorbilidad psiquiátrica o complicaciones médicas son susceptibles de tratamiento en programas ambulatorios, pero algunos no son capaces de mantenerse abstinentes en este régimen y debe plantearse para ellos una indicación terapéutica más intensiva y controlada y la posible prescripción de psicofármacos. Algunos pacientes pueden necesitar una desintoxicación inicial de alcohol u otras drogas que pueden requerir semanas de tratamiento hospitalario o el acceso directo a un tratamiento residencial.<sup>17</sup>

**Intervención farmacológica.** El bajo riesgo de abuso, es un aspecto que debe tomarse en cuenta cuando se elige un psicofármaco para tratar las adicciones. También es deseable que el medicamento administrado no tenga interacciones con las sustancias que consume el sujeto. Por ambos motivos, los neurolépticos, los antidepresivos ISRS, los eutimizantes y los beta-bloqueadores resultan especialmente útiles. Los anticolinérgicos (biperideno y trihexifenidilo), los psicoestimulantes (metilfenidato) y las benzodiacepinas son fármacos susceptibles de abuso.<sup>21</sup>

**Neurolépticos.** La ventaja de los neurolépticos es su amplio espectro de acción y la rapidez de su efecto. Estos fármacos pueden ser útiles para mejorar el control

de impulsos. Esta mejoría se produce rápidamente, y determina que estos medicamentos estén especialmente indicados para corregir los cambios de conducta ligados a la abstinencia y la intoxicación. Conforme estos trastornos van cediendo los neurolépticos deben ser retirados, porque los síntomas cada vez son menos intensos mientras que los inconvenientes de estos fármacos son cada vez más notorios. En la modificación de la conducta relacionada con la abstinencia, el tratamiento con neurolépticos no debe ser sostenido durante más de 2 meses. El principal inconveniente de estos fármacos es la aparición de efectos extra piramidales y disfunciones sexuales.

Los inconvenientes de los neurolépticos pueden ser evitados si el tratamiento se establece lentamente, se administran dosis bajas y se eligen aquellos que producen con menor frecuencia efectos extra piramidales o disfunciones sexuales. Trestman recomienda administrar inicialmente 1 mg/d de haloperidol o equivalentes. Después esta dosis se debe incrementar lentamente en 1-2 semanas hasta la dosis de mantenimiento, que es 2 mg/d de haloperidol o equivalentes. Como el haloperidol puede producir con facilidad efectos extra piramidales es recomendable utilizar neurolépticos atípicos.

Entre los neurolépticos que bloquean los receptores serotoninérgicos y dopaminérgicos, la olanzapina resulta especialmente adecuada. Dosis de 5-10 mg de este fármaco pueden ser administrados durante períodos de tiempo superiores a 1 mes sin que el paciente farmacodependiente muestre disforia o efectos extra piramidales. Además, la olanzapina es un bloqueador de los receptores D1, lo que puede ser hipotéticamente útil para el tratamiento de la dependencia de cocaína y otros psicoestimulantes.<sup>21</sup>

**Antidepresivos Inhibidores Selectivos en la Recaptura de Serotonina.** Los ISRS pueden mejorar, independientemente de que exista depresión, la impulsividad y la ansiedad. Para estas alteraciones son el tratamiento recomendable cuando se pretende un tratamiento prolongado y no urge obtener resultados a corto plazo. Por lo tanto, no estarían indicados para manejar los cambios que se presentan durante la intoxicación o la abstinencia. Sus principales

indicaciones son la dependencia activa a sustancias como depresores del sistema nervioso y los trastornos de personalidad.

Los antecedentes o la presentación de hipomanía o manía deben ser considerados al indicar los ISRS. Estos fármacos pueden inducir o precipitar un desvío hacia estados hipertímicos. Tal complicación suele tener consecuencias negativas sobre el patrón de consumo de sustancias. La valoración de la bipolaridad implica la realización del diagnóstico diferencial entre trastorno ciclotímico y trastorno límite de personalidad. Este diagnóstico diferencial se comenta en el apartado dedicado a los Eutimizantes.

El efecto de los ISRS sobre el déficit de control de impulsos tarda de 8 a 9 semanas en aparecer. Las dosis que se necesitan para tratar este síntoma son elevadas si se comparan con las recomendadas para tratar la depresión. Trestman inician el tratamiento con 10 mg/d de fluoxetina o 25 mg/d de sertralina. Luego incrementar las dosis progresivamente hasta 80-100 mg/d de fluoxetina o 200-300 mg/d de sertralina.<sup>21</sup>

**Estabilizadores del estado de ánimo.** Los síntomas que estos fármacos presentan son inestabilidad afectiva y el déficit en el control de impulsos. El ácido valproico, la carbamacepina y el litio son potencialmente útiles para tratar estos síntomas, aunque no exista epilepsia o trastorno bipolar concomitantes.

El ácido valproico es útil para tratar las alteraciones de conducta que se asocian con las adicciones. Este medicamento, a diferencia de la carbamacepina, no interacciona de modo clínicamente significativo con la metadona u otra sustancia como morfina y codeína. Además, el ácido valproico no tiene efecto sobre los leucocitos, lo que supone una importante ventaja cuando se trata a pacientes inmuno deprimidos. El umbral de respuesta de este medicamento se sitúa en 50 g/ml, estos niveles plasmáticos se suelen alcanzar con dosis de 800-1.000 mg/d. Los inconvenientes de la carbamacepina son la inducción de los enzimas microsomales hepáticos y el detrimento de la tasa de leucocitos, aunque esta complicación suele ser benigna y reversible. La ventaja de este fármaco es su probable eficacia para tratar, como un agente coadyuvante, la abstinencia de

alcohol, benzodiazepinas o ambas. Así, este fármaco podría cubrir la abstinencia prolongada de estas sustancias, sobre todo de las benzodiazepinas, y al tiempo combatir la inestabilidad afectiva o la impulsividad. La dosis promedio que se recomienda es de 1.000 mg de carbamacepina al día. Los niveles plasmáticos de este fármaco deben situarse entre 6 y 10 g/ml.

El litio es un eutimizante que ha demostrado efectividad para tratar el déficit de control de los impulsos agresivos. El principal inconveniente de este medicamento es que las dosis tóxicas están muy próximas a las dosis terapéuticas. Por este motivo, se deben hacer niveles plasmáticos de litio periódicamente. Las diarreas o vómitos repetidos pueden incrementar la litemia debido a deshidratación y desequilibrio electrolítico. Éste es el principal problema que se puede presentar por indicar el litio a pacientes que sufren adicciones. En esta población el vómito y la diarrea son de incidencia frecuente, ya que estos síntomas son característicos de la intoxicación o la abstinencia de sustancias.<sup>23</sup>

**Repercusiones sobre la adicción.** La mejoría de los cambios o trastornos de la personalidad es probable que influya de forma positiva sobre la adicción. A su vez, el funcionamiento del paciente se beneficia siempre que se reduce la actividad de la dependencia de sustancias y disminuye la frecuencia de episodios de intoxicación o abstinencia. De este modo, el tratamiento descrito aquí, puede inaugurar un proceso de influencias recíprocas, entre personalidad y adicción, que resulte muy beneficioso para el paciente.<sup>23</sup>

**Tabla 7. Planes de tratamiento**

<b>Ambulatorio Básico</b>	<b>Ambulatorio Intensivo</b>
Consumo problemático de riesgo moderado, sin enfermedad mental severa y compromiso biopsicosocial moderado, desempeñan actividad educacional parcial.	Consumo de riesgo de moderado a severo con enfermedad mental severa, con o sin enfermedad mental.
<b>Ambulatorio Comunitario</b>	<b>Hospitalización de Corta Estadía</b>
Consumo de riesgo moderado, compromiso psicosocial severo y dificultades en el ámbito educacional y ocupacional, sin enfermedad mental severa, con familia disfuncional y dificultades para el tratamiento.	Síndrome de abstinencia severo y/o riesgo suicida y/o psicosis descompensada con pobre control de impulsos y/o enfermedad mental con auto y hetero agresividad grave y/u otra psicopatología. Que requiera observación las 24 horas. <sup>6</sup>

29

## PRONÓSTICO

El pronóstico es variable, algunos predictores están bien identificados. El nivel de severidad en el consumo, los problemas asociados, las características psicológicas individuales y la falta de apoyo familiar o social, pueden alterar el pronóstico, los instrumentos clínicos para la valoración de la adicción a cocaína son imprescindibles para conocer el pronóstico de la enfermedad.

No es fácil realizar un diagnóstico diferencial en ciertas adicciones, como ocurre con la adicción a la cocaína al uso de benzodiazepinas o marihuana. Por lo tanto, el tratamiento dependerá del correcto diagnóstico de la adicción, y consecuentemente el pronóstico será más acertado.

El pronóstico sobre actitudes, tendencias y comportamientos que fundamentan en el concepto “variables predictoras” que tienen una función clínica e individual.

Para ilustrar la función clínica de estas variables predictoras citaremos un ejemplo: ciertos sujetos farmacodependientes presentan un síndrome denominado “craving tardío” donde una persona que llevaba tiempo abstinerente (semanas, meses e incluso años) empieza a presentar crecientes y progresivos deseos de consumo que a menudo no suele comentar con familiares ni terapeutas por miedo a que se piense en una involución o —sencillamente— porque no repare en ello. Esos deseos incipientes de consumo de sustancias aumentan como una bola de nieve hasta abocar a un apetito intenso e inmediato de droga que a menudo conduce al abandono (y ulterior recaída) si no se frena a tiempo. Pues bien, si mediante un inventario de variables predictoras conseguimos evidenciar dichos deseos incipientes, pueden aplicarse medidas terapéuticas eficaces como psicoterapias ad hoc o fármacos anticraving, o la combinación de ambos.

Emitir un pronóstico es muchas veces difícil y aventurado. A la postre es la propia experiencia y la intuición del profesional de turno la que dirige el devenir del sujeto. Los protocolos de predicción de abandono pueden significar una excelente arma clínica, no solo para conocer mejor al sujeto, sino para manejarlo terapéuticamente.<sup>25</sup>

Uno de los elementos a considerar es que la conciencia del problema, la presión para el tratamiento que en origen no existe, es un indicador de abandono que

puede ser neutralizado por un factor de adherencia como el hallazgo de cambios personales o el atractivo del tratamiento o sus beneficios secundarios.

Algunos autores consideran entre otras, las siguientes causas de abandono de la intervención:

- 1) El motivo de consulta no preocupa.
- 2) Consejo de otro profesional de corriente teórica distinta.
- 3) Cambio de ciudad del paciente.
- 4) Desmotivación por la atención.
- 5) Incumplimiento de instrucciones.
- 6) Relativizar el problema.
- 7) Tardanza en conseguir objetivos.
- 8) Negación a tocar algunos temas.
- 9) Falta de rapport con el terapeuta.
- 10) Cambio de ciudad del terapeuta.

La posible capacidad predictiva de diferentes variables sobre la evolución de los sujetos a partir del primer periodo de tratamiento ha descrito cuatro variables predictoras, de las cuales dos presentan gran valor predictivo al clasificar correctamente de los sujetos que abandonan. Dichas variables son: *sensibilidad* (confiado en sí mismo), y *poca socialización controlada* que muestran más probabilidades de abandonar el tratamiento. Diferentes estudios concluyen que los sujetos farmacodependientes tienen una mayor tasa de abandono. Asimismo tienden a tomar mayor cantidad de medicación de la prescrita.<sup>25</sup>

## NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA

La salud mental tiene como meta lograr el bienestar de la población, tomando en cuenta los aspectos físicos y sociales que intervienen. Siendo las adicciones parte de las enfermedades mentales y un problema de salud pública es que encuadramos esta descripción en este contexto de salud mental pública. Con la finalidad de describir y operacionalizar el sistema de salud mental escalonado es que proponemos el uso de este cuadro de severidad.

### Cuadro de severidad por cuadrantes de atención.

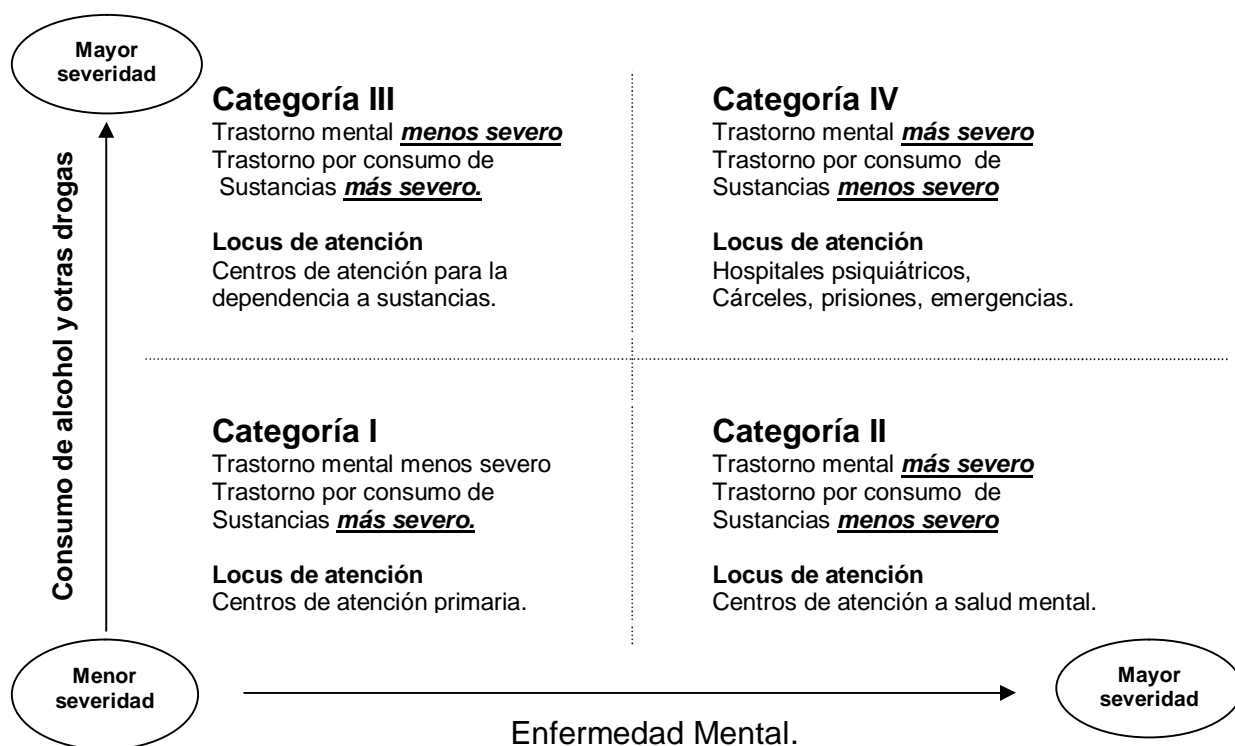
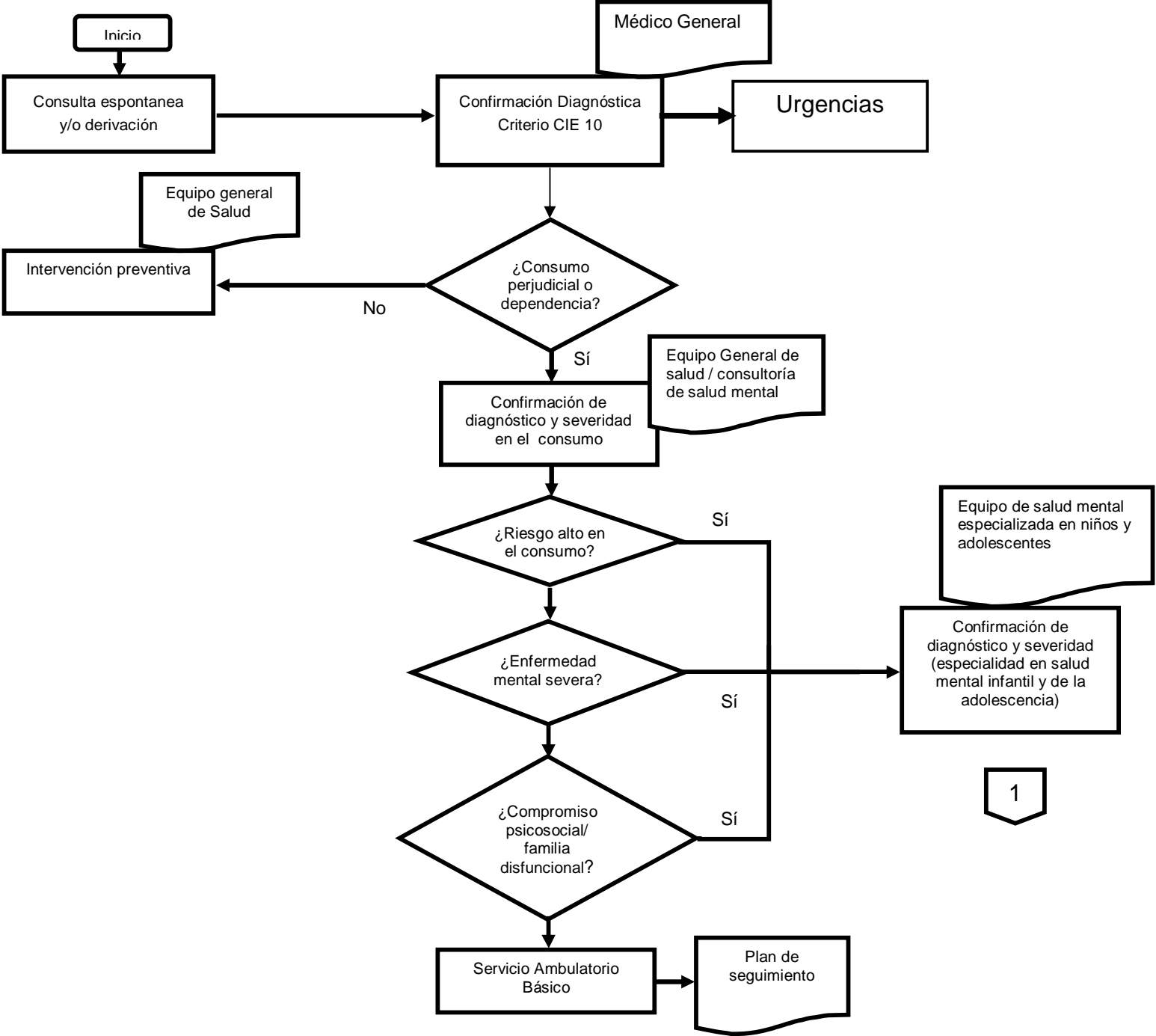


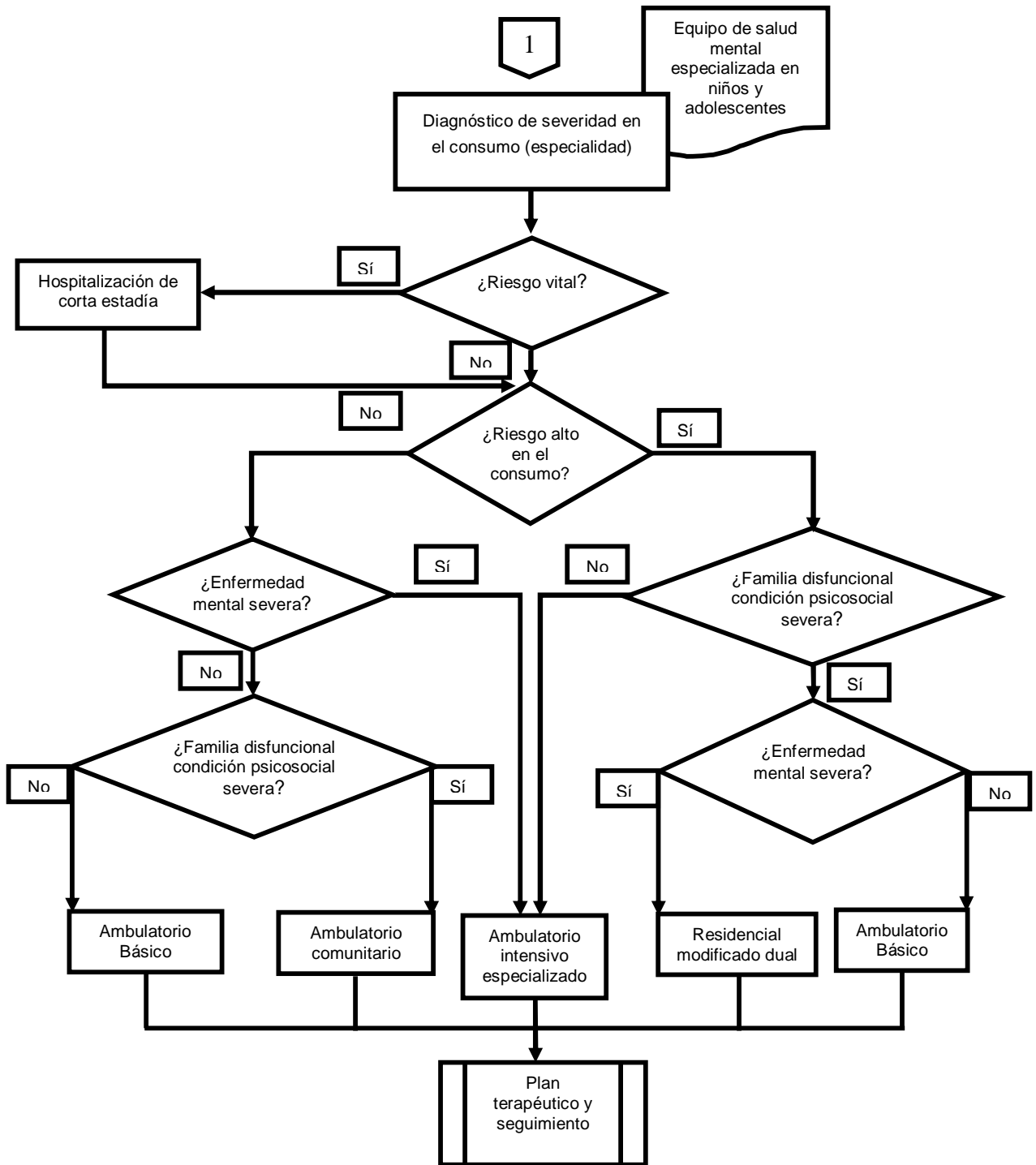
Diagrama desarrollado por Reis en 1993 y empleado en New York en 1999. SSA 2007.<sup>6</sup>



ALGORITMO PARA EL TRATAMIENTO DE PERSONAS MENORES DE 18 AÑOS CON DEPENDENCIA A SUSTANCIAS DENTRO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (1).



ALGORITMO PARA EL TRATAMIENTO DE PERSONAS MENORES DE 18 AÑOS CON DEPENDENCIA A SUSTANCIAS DENTRO DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTIL (2).



## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Normas Oficiales Mexicanas, NOM 028 de Distribución Oficial DOF, 1999 Compendio, Secretaría de Salud, 2004.
- 2.- Informe Mundial Sobre las Drogas, Resumen Ejecutivo, Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, UNODC 2009.
- 3.- Organización Mundial de la Salud. Capítulo 2: Carga de los trastornos mentales y conductuales. En: Informe sobre la salud en el mundo 2001, Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas. OMS Ginebra, 2001.
- 4.- Díaz Barriga L. "Clasificación y Farmacología de Sustancias Psicoactivas", Centros de Integración Juvenil A.C. México. 1997.
- 5.- Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas Edición 2002. Vol. I. Púb. Cient y Téc No. 587, IV Promoción de la Salud en las Américas. OPS Washington D.C.: 2002; 181.
- 6.- Guisa Cruz VM, Díaz-Barriga Salgado L, Prado García A, Quintanilla Bendek J. Programa del Sistema Nacional para el Tratamiento Integral de las Adicciones, CONADIC, SSA, 2005.
- 7.- Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", Mejora Continua de la Calidad. Morbilidad de consulta externa enero-diciembre; 2003, 2004, 2007.
- 8.- Behar KL, Rothman DL, Petersen KF, Hooten M, Delaney R, Petroff O, Shulman GI, Navarro V, Petrakis IL, Charney DS, Krystal JH. Preliminary evidence of low cortical GABA levels in localized 1H-MR spectra Aplicaciones de las técnicas de neuroimagen en las Conductas Adictivas of alcohol-dependent and hepatic encephalopathy patients. Am J Psychiatry 1999; 156:925-954.
- 9.- Breiter HC, Rauch SL, Kwong KK, Baker JR, Weisskoff RM, Kennedy DN, Kendrick AD, Davis AD, Jiang A, Cohen MS, Stern CE, Belliveau JW, Baer L, O'Sullivan RL, Savage CR, Jenicke MA, Rosen BR. Functional magnetic resonance imaging of symptom provocation in obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 1996; 53:595-606.
- 10.- Guardia Serecigni J, Freixa F, Bach L, Ruscalleda J, Santos F, Guardia E, Carvajal A. Valoración de diferentes parámetros de normalidad mediante estudios

con Tomografía Computarizada Cerebral. Revista del Departamento Psiquiatría Facultad de Medicina. Barcelona España 1982; 9:335-350.

11.- De Iceta Mariano. Nuevos Conocimientos Sobre Neurología de las Adicciones a Drogas. Revista 19 Aperturas Psicoanalíticas 2005.

12.- Busto and Sellers EM. Multiple Drug use and y Psychopharmacology. 1999; 16:51-61.

13.- Childress AR, Mozley PD, McElgin W, Fitzgerald J, Reivich M, O'Brien CP. Limbic activation during cue-induced cocaine craving. Am J Psychiatry 1999; 256:11-18.

14.- Devilo L. Psychiatric Syndromes in Adolescent Substance Abusers. Am J Psychiatry 1998; 144:1212-1219.

15.- Cohen S. Cannabis observations on motivation and learning. National Institute of Drug Abuse. Cambridge University Press, 1998.

16.- Lara J. Análisis a las drogodependencias y Adicciones. 1995; 7:527-540.

17.- Soto Pueyo NL, Calderón Mitchell M. Modelo de atención y tratamiento a las adicciones del Centro de Asistencia e Integración Social "Torres de Potrero" Gobierno de la Ciudad de México, 2001.

18.- Kaplan HI, Sadock BJ. Manual de Psiquiatría de urgencias. Editorial Panamericana 1996.

19.- Clasificación, Tipo y Efectos de Algunas Sustancias de Abuso y Adicción, Centros de Integración Juvenil. 2000.

20.- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Organización Mundial de la Salud. Madrid; 2001.

21.- Landero JM, Lorenzo P, Leza L. "Drogodependencias; farmacología, patología, Psicología y legislación". Ed. Médica Panamericana. España 1998.

22.- Poole R, Brabbins C. Drug induced psychosis. Br J Psychiatry 1998; 168:135-139.

23.- Bobes J, Bascarán MT, Carballo JL, Díaz Mesa E, Flórez G, García-Portilla y Sáiz PA. Valoración de la Gravedad de la Adicción: Aplicación a la Gestión Clínica y Monitorización de los Tratamientos 2007.

- 24.- Camacho Herreras AJ, Castillo AJ. Prospectiva y Realidad de la Incorporación Social sobre Drogodependencias en Andalucía. (Consejería de Asuntos Sociales.) Comisionado para la Droga, 2000.
- 25.- Gómez Cervantes T. Programa Indicativo de Diagnóstico Socioeducativo. México: Universidad Pedagógica Nacional. Ciudad Guzmán, Jalisco, 2003.
- 26.- González Zavala M. El Fenómeno de las Adicciones; Program and abstracts of the American Psychiatric Association 2005 Annual Meeting; May 21-26; Atlanta, Georgia.
- 27.- Fernández Miranda JJ, Pereiro Gómez C. Guía Clínica de Tratamiento de la Dependencia de Opiáceos. Servicios de Salud de Asturias (SESPA), [www.sociodrogaalcohol.org](http://www.sociodrogaalcohol.org) / 2007.
- 28.- Díaz Santos M. Programa de Acción en Salud Mental 2001-2006”, Dirección de Coordinación Técnica de Programas de Salud Mental, SSA México 2003.
- 29.- Guía Clínica del Consumo Perjudicial y Dependencia al Alcohol y Drogas en menores de 20 años; serie de Guías Clínicas Minsal 53 Ministerio de Salud del Gobierno de Chile 2007.