

GUIA PARA EL DIGNÓSTICO DE LA DROGODEPENDENCIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



Fundación Popol Na
Para la promoción y el desarrollo municipal

Autores: Dr. Luis Alemán Neira

Msc. Yalí López Guido

Segunda Edición Revisada

CON EL AUSPICIO DEL FONDO COMÚN PARA LA GOBERNABILIDAD
DEMOCRÁTICA EN NICARAGUA

Managua 2014



Las Publicaciones y estudios realizados y publicados por Fundación Popol Na están bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional License. Disponibles en <http://popolna.org/>

INDICE

PRESENTACIÓN	1
PRÓLOGO	3
I. INTRODUCCIÓN	5
II. ENTENDIENDO LA ADICCIÓN	
¿Qué es la adicción?.....	8
Tipos de consumo.....	9
¿Cómo se inicia el camino que lleva a la adicción?.....	10
Consecuencias de la drogodependencia.....	12
III. ¿QUE SON LAS DROGAS y/o SUSTANCIAS PSICOACTIVAS?	
Definición.....	16
Clasificación.....	15
Propiedades: Alcohol, Marihuana, Cocaína, Sedantes e hipnóticos, Anfetaminas, Inhalantes.....	18
IV. EVALUACIÓN (I)	
Historia de consumo.....	34
Etapas de cambio.....	34

Aspectos bio-psico-sociales.....	35
Recaída.....	38

V. EVALUACIÓN (II): TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO.

Intoxicación aguda.....	40
Consumo prejudicial y Dependencia.....	40
Abstinencia.....	43
Trastorno Psicótico.....	45
Síndrome amnésico.....	45
Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío.....	46

VI. EVALUACIÓN (III): TRASTORNOS CONCURRENTES / PATOLOGÍA DUAL

Depresión.....	47
Suicidio.....	48
Ansiedad.....	55
Esquizofrenia.....	56

VII. EVALUACIÓN (IV):DIAGNÓSTICO SOCIAL

Aspectos socioculturales y Entorno Socio Económico.....	58
Entorno Familiar y Medios de Comunicación.....	59
Vida Saludable.....	60

VIII. LEGISLACION

Marco Jurídico.....	62
---------------------	----

IX. ELEMENTOS PSICOLÓGICOS A EXPLORAR PARA EL DIAGNÓSTICO MÉDICO-SOCIAL

Exploración psicológica.....	63
Percepción de Riesgo.....	65
Resiliencia.....	72

X. AYUDANDO A UNA PERSONA CON ADICCIÓN

Comunicación.....	75
Actitud Psicoterapéutica.....	76
Consejería No Directiva.....	78
Entrevista Motivacional.....	79

Intervención Breve.....	80
XI. INSTRUMENTOS DE APOYO EN LA EVALUACIÓN	
CAGE.....	83
CID.....	84
AUDIT.....	85
ASSIT.....	89
XII. REFERENCIAS.....	93
XIII. ANEXO 1. GMS CUESTIONARIO ABREVIADO.....	98

PRESENTACIÓN

La Primera Guía Médico Social Nicaragüense para el Diagnóstico y Atención Primaria de las Drogodependencias en Nicaragua, cuyos autores principales son el Dr. Luis Alemán Neyra y Msc. Yalí López Guido, es el resultado de un complejo proceso de trabajo que durante un año ha involucrado en esta investigación a numerosos profesionales, Médicos generales, Psiquiatras, Psiquiatras comunitarios, Adictólogo, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Sociólogos, Enfermeras, Académicos e Investigadores Especialistas en Adicciones. Igualmente importante ha sido la participación directa de numerosos adictos de los Barrios Laureles Sur y Laureles Norte, familiares de los mismos y dirigentes Comunitarios, en un proceso investigativo de amplia participación.

Desde su formulación, el propósito principal de este trabajo a estado orientado a ofrecer a las autoridades de salud del país, un instrumento que contribuya a llenar una necesidad para la atención primaria a drogodependientes, esperando que la Guía sea una contribución que apoye y se sume especialmente a los esfuerzos del Ministerio de Salud, terapeutas, enfermeras y centros especializados en adicciones.

Esta importante y novedosa investigación, contó con invaluable contribuciones de especialistas que aceptaron revisar, aportar sus observaciones y contribuciones. Destacándose las del Dr. Andrés Herrera Rodríguez, Director General del Centro de Investigación de Demografía y Salud (CIDS) de la UNAN-LEON e Investigador Principal de la Unidad de Salud Mental y Adicciones. Y muy especialmente, la revisión y aportes hecho por el Dr. Cs. Ricardo González Menéndez, Profesor Titular Consultante de Psiquiatría de la Universidad Médica de la Habana y Presidente de la Comisión Nacional de Ética Médica de Cuba. Como es sabido, el Dr. González Menéndez es una de las autoridades internacionales en materia de Adicciones, autor de numerosos libros sobre la materia, quien además Prologa la Guía.

Desde POPOL NA se contó con las decisivas contribuciones de la Dra. Irma Fariñas, Directora de la Clínica Salud y Vida y de las Psicólogas Gianni Fernández y Ena Umaña Chamorro, así como de Yadira Sandoval en el trabajo comunitario.

Nuestro agradecimiento al Fondo Común para la Gobernabilidad Democrática que hizo posible la realización de esta investigación y a los amigos de IBIS por su acompañamiento.

Fundación Popol Na

PRÓLOGO

He sido muy honrado con la petición del equipo de expertos que ha elaborado la Guía Médico Social para el Diagnóstico y Atención Primaria de las Drogodependencias, documento de relevante utilidad para el enfrentamiento exitoso a este problema de salud cuya repercusión integral lo ubica entre los más relevantes en el milenio que recién comienza.

Los costes sociales actuales del uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas son realmente espeluznantes si tomamos en cuenta que se relacionan con el 12.4% de todas las muertes y el 8.9% del total de años perdidos por muertes precoces e invalideces psíquicas y somáticas reportadas anualmente a nivel planetario, por la Organización mundial de la Salud (OMS) y si valoramos las cifras reportadas por EEUU, país de 330 millones de habitantes, considerado como prototipo del mundo desarrollado y respetado por la seriedad de sus estadísticas médicas, los costos sociales anuales del uso indebido de todas las drogas supera , anualmente los 550 mil millones de dólares, cifra once veces mayor que la determinada por la esquizofrenia, y suficiente para sufragar las necesidades de un techo digno para quienes habitan actualmente las zonas de mayor miserias de nuestra América Latina.

Estimados globales a punta de partida de las cifras promedio reportadas en el primer mundo, vinculan a la problemática de las drogas, más de 50% de todos los arrestos policiales, fatalidades del tránsito, violencia hogareña y comunitaria, violaciones, abuso de menores, conductas incestuosas, homicidios y suicidios, muertes por inmersión, divorcios y separaciones, situaciones determinantes de grandes sufrimientos tanto en perpetradores como en víctimas y tanto en víctimas y victimarios como en sus seres queridos.

En nuestra apreciación existe ante el vocablo “droga” una concepción popular limitada a las sustancias ilegales, a la vez que sus riesgos se valoran, con igual enfoque restrictivo a los problemas exclusivamente vinculados a las potencialidades adictógenas de dichas sustancias, se excluyen así no solamente las drogas legales y de prescripción, sino también los catastróficos efectos de los comportamientos bajo influencia de drogas en sujetos no adictos, así como la subvalorada tragedia cotidiana de los seres

queridos que además de acompañar en el sufrimiento a los consumidores, enfrentan en el mejor de los casos hasta que llega la rehabilitación la incertidumbre cotidiana expresada por Romain Rolland en su obra Juan Cristóbal, la terrible incertidumbre del ¿Cómo vendrá?

Pese a los formidables esfuerzos educativos a nivel mundial, son casi unánimemente los integrantes del equipo de salud quienes abordan el problema con verdadera objetividad, multifactorialidad, concepción sistémica e historicista junto a la imprescindible movilización de la sociedad en pleno, para su enfrentamiento exitoso.

A ellos, en especial, a los miembros del equipo de salud en la atención primaria que representan la primera “tropa de choque” ante lo que mundialmente ha sido calificada como la epidemia del siglo XXI, recomendamos la lectura de esta guía diagnóstica. El contenido de la misma, permite su uso generalizado a todas las sustancias y hace factible la aplicación del método clínico en el campo de las adicciones. Su estructura integral es un reflejo de la visión holística de los autores.

Dr. Cs. Ricardo Ángel González Menéndez

Profesor titular y consultante de psiquiatría.

Universidad Médica de la Habana

Presidente de la Comisión Nacional de Ética Médica

■ I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial el consumo de alcohol y otras sustancias adictivas constituyen problemas complejos con consecuencias en la salud individual, en la integración familiar y el desarrollo social; incrementando la carga mundial de morbi-mortalidad, estigma y exclusión social en quienes dependen de ellas.

El Informe Mundial sobre las Drogas 2010 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el delito (UNODC) estima que entre 155 y 250 millones de personas en todo el mundo (3.5 a 5.7% de la población entre 15 y 64 años de edad) consumieron sustancias ilícitas en el 2008. Los consumidores de marihuana (cannabis) son el principal grupo que consumen drogas ilícitas (129-190 millones de personas), seguidos de anfetaminas, cocaína y opiáceos.

A nivel mundial los consumidores problemáticos o drogodependientes se calcula en ese año de 16 a 38 millones de personas (10 al 15% de los que consumieron drogas), de estos solo entre el 12% y el 30% recibieron tratamiento, es decir que entre 11 y 33,5 millones de personas drogodependientes no recibieron tratamiento. (ONUDC, 2010).

Según, el Informe de la situación mundial de las enfermedades no transmisibles, mueren más de 36 millones de personas cada año y comparten cuatro factores de riesgo, entre ellos se encuentran el consumo de tabaco (6 millones de vida cada año) y el uso nocivo del alcohol (2.3 millones de vida cada año) (OMS, 2011).

Nicaragua no está exenta de esta problemática; pese a los efectos conocidos de las drogas lícitas e ilícitas sobre la salud, son significativas las cifras de las personas que las consumen. La prevalencia del uso de cocaína a lo largo de la vida, en personas entre 12 y 65 años en Nicaragua es de 2,5% para éxtasis, 7.91% para marihuana, 1,29% para crack y 8.8% para otras drogas ilícitas. Un estudio realizado sobre el consumo de alcohol en los últimos 12 meses por la OPS/OMS, reportó un 30% de consumo entre los jóvenes (OEA-CICAD, 2006) (OPS-OMS, 2006).

Por tanto, es importante generar conciencia en los jóvenes, las familias y la comunidad acerca de los peligros del uso y abuso de sustancias psicoactivas, ya que ellos constituyen el grupo más vulnerable.

En su contención los profesionales de la salud en atención primaria, juegan un rol significativo, pues conocen el contexto familiar y social de las personas a las que atienden; y por consiguiente tienen la oportunidad de proponer un enfoque integral que incluya los aspectos biológicos-psicológicos-sociales-culturales-espirituales en relación a las drogodependencias desde sus etapas iniciales (ver figura abajo).



Figura 1. Dimensiones para la Comprensión del Fenómeno del consumo de Sustancias Psicoactivas

Por tanto, se podría plantear que el fenómeno del uso y abuso de sustancias es el resultado de una compleja interacción de aspectos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales. Además, este enfoque holístico, proporciona una base para comprender dicho fenómeno y desde esta perspectiva se tratará de explorar la relación del consumo de sustancias psicoactivas en los pacientes.

Los servicios de atención primaria se relacionan no solo con el proceso salud-enfermedad, sino que incluye la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento, así como la coordinación con otros niveles de atención e involucra activamente al individuo, la familia y la comunidad.

El trabajo con grupos de riesgo, permitirá la detección temprana de personas con problemas de consumo de sustancias, realizar un diagnóstico integral para iniciar una atención básica, consejería e iniciar acciones de prevención y promoción de estilos de vida saludables desde la comunidad.

Para facilitar esta labor del personal de salud en atención primaria en el tema de las drogodependencias, se pone en sus manos, la Primera Guía de Diagnóstico Médico-Social, elaborada sobre bases teóricas de actualidad, nutrida por expertos en el tema y construida con la participación comunitaria, principalmente de jóvenes que día a día viven este drama y luchan por superar su adicción, siendo una guía novedosa desde su enfoque bio-psico-social que va más allá de los aspectos clínicos del enfoque médico, este esfuerzo es gracias al auspicio del Fondo Común para la Gobernabilidad Democrática en Nicaragua.

La realización de talleres e intercambios comunitarios realizados con grupos vulnerables de diferente índole en barrios periféricos y con importante problemática psico-social en Managua, han aportado las especificidades necesarias para elaborar un instrumento que logrará a nuestro entender cubrir las necesidades básicas de conocimiento de los trabajadores en atención primaria de salud, debe de tenerse en cuenta que es una Guía y para profundizar en los temas se hace necesario la revisión de la bibliografía de referencia.

En Nicaragua el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria (MOSAFC) implementado por el Ministerio de Salud y el esfuerzo hecho en la Red de Centros de Rehabilitación y otras instituciones que trabajan en la atención a personas con adicciones son importantes escenarios para la puesta en práctica de esta Guía.

■ II. ENTENDIENDO LA ADICCIÓN

Para los jóvenes participantes en el proyecto la adicción es: “algo a lo que el cuerpo se acostumbra”, “Es sentir que no puedes vivir sin las drogas”, “Es algo que te hace sentir feyuco y te cuesta salir de ella”, “Es la obsesión por consumir más y más drogas”, “Es algo que buscas para sentirte bien y luego no puedes dejar eso”, “Es algo que no puedes controlar, algo que te pide el cuerpo, algo que necesitas”.....

¿QUÉ ES LA ADICCIÓN?:

Es el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicta/o), se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancias preferidas, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio.

Por lo general, se acompaña de tolerancia y de un síndrome de abstinencia que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe el consumo. La vida del adicta/o está dominada por el consumo de la sustancia, hasta llegar a excluir prácticamente todas las demás actividades y responsabilidades.

El término adicción conlleva también el sentido de que el consumo de la sustancia tiene un efecto perjudicial para la sociedad y para la persona; y en lo referente al consumo de alcohol, es equivalente a alcoholismo. (OMS, 1994).



TIPOS DE CONSUMO:

La gran diversidad de usuaria/os comprende cuatro grandes grupos: experimentadores, consumidores sociales (intencionales), consumidores frecuentes (intensivos) y dependientes. (UNODC, 2005).

Es posible describir un continuo de consumo que posibilitaría valorar el estadio o niveles a tener en cuenta en el diagnóstico médico social, este incluye otros aspectos de los arriba mencionados:

Consumo Experimental:

Marca el inicio del consumo, se trata de experimentar el efecto de una sustancia, motivado por la apreciación de los efectos que produce en sus coetáneos.

Consumo Circunstancial o Situacional:

Incluye patrones donde se consume la sustancia buscando obtener efectos deseables que exacerben una determinada experiencia o le ayuden a sobrellevar ciertas situaciones. Este patrón de consumo se vuelve problemático, cuando los efectos placenteros inmediatos de estas sustancias, impiden poder desarrollar sus habilidades naturales de tolerancia y cuando las situaciones que producen el deseo de consumir se presentan con mayor frecuencia.

Para los jóvenes que participan en el proyecto el momento en que hacen uso de más de una droga: “Cuando una ya no es suficiente” “Ya es una necesidad, pero a veces para sentir algo nuevo”... “por conocer otra sensación distinta hasta ahora”... “por problemas en la casa” “conforme mis emociones”....

Consumo en “bingo”:

Es un patrón episódico donde se ingieren grandes cantidades de alcohol y/o drogas de manera maratónica, a lo largo de un solo episodio de consumo. Fomenta la creencia de que el consumo, no es un problema.

Consumo abusivo:

Ocurre cuando un individuo manifiesta repetidamente problemas significativos en áreas importantes de su funcionalidad. Muchas personas presentan signos de abuso de sustancia y sin embargo no desarrollan una dependencia.

Dependencia:

Categoría con mayor problema en el continuo de consumo de sustancia. Se vuelve evidente la preocupación del paciente por obtener y consumir la sustancia, denota la incapacidad de controlar el consumo, presenta un deterioro integral en su funcionamiento psicosocial y persiste en la búsqueda de la sustancia a pesar de las experiencias adversas. (López, 2011).

Para los jóvenes participantes el paso a nuevas drogas o policonsumo se da “Cuando quise experimentar nuevas emociones”, “quería sentir algo nuevo”, “por aburrido del mismo efecto”, “por nuevas satisfacciones”, “un nuevo nivel de intoxicación “, “por algo que me lleve al máximo poder”, “ cuando había pleitos en mi chante”, “cuando mi roca me exige”, “por problemas y quería huir de la jodedera””no sé, quería sentir algo nuevo”, “para nivelarte”, “para que la familia vea lo que ha creado un monstró”

¿CÓMO SE INICIA EL CAMINO QUE LLEVA A LA ADICCIÓN?:

Una persona no necesariamente tiene que dar señales claras de problemas para ser un adicta/o; es fácil volverse dependiente de un medicamento, una actividad o una sustancia sin darse cuenta de inmediato, incluso las personas cercanas a alguien con adicción puede demorarse un tiempo en darse cuenta del problema.

Las señales de la adicción varían enormemente dependiendo del problema y de la persona. Existen al menos tres categorías de factores que inciden en el consumo:

1. Factores predisponentes
2. Factores precipitantes o instigadores
3. Factores prolongadores, reforzadores o de mantenimiento. (UNODC, 2005).
4. En general se considera un problema el consumo de sustancias cuando:
 - Afecta la salud física y mental
 - Involucra el incumplimiento a la ley y/o problemas con la ley
 - Provoca dificultades financieras
 - Perjudica las relaciones y las amistades
 - Provoca problemas en el hogar, el trabajo o la escuela. (UNODC, 2005).

Según el Dr. Ricardo González, las vías psicopatógenas más frecuentes para el establecimiento de las drogodependencias y/o adicción son: (González R. (2012). (González R. , 2009).

- **Vía sociocultural:** Relacionado con costumbres, tradiciones y factores ocupacionales que facilitan el periódico consumo de sustancias y la consecuente adicción, se encuentran involucrados en este mecanismo; la presión de los grupos de pares y las modas.
- **Vía hedónica:** Existe una persecución constante del placer sin ningún otro objetivo en la vida, característica de los drogodependientes con importantes componentes disociales en su personalidad--previos a la adicción--y se ve también en algunas personas de alto nivel económico y bajo nivel de responsabilidades ante la familia y la sociedad.
- **Vía evasiva:** Busca de manera infructuosa alejarse de la realidad, con el posible objetivo de olvidar los conflictos hogareños, experiencias psicotraumáticas actuales o pasadas, sin percatarse de que dicha conducta lo que hace es aumentarlas.
- **Vía asertiva:** Es el existente en personas que utilizan las drogas pretendiendo aumentar su seguridad personal.
- **Vía sintomática:** Es donde existe previamente una afección--corporal o más frecuentemente psíquica--cuyos síntomas se pretenden atenuar,

resultado que sólo se consigue en los primeros consumos, para después empeorar notablemente.

- **Vía constitucional:** Es lo referido al componente de vulnerabilidad o predisposición genética, pero, por sí solo no es suficiente para desarrollar una drogadicción si no existen los factores psicológicos y medioambientales que determinen el uso reiterado de la sustancia.

Para los jóvenes participantes en el proyecto el inicio de su adicción está relacionado con “...Unos chavalos me dieron a probar marihuana, di como tres sorbos, lo hice por mi gusto y me gustó...ya había probado el alcohol...tenía 18 años...”; “...vivía en la calle...probé la marihuana con otros...me ayuda a sentirme bien, relajado, lejos de problemas...me ayuda en mi soledad y me hace olvidar...tenía 9 años...”; “...inicié con alcohol, a los 15 años, en una fiesta de mi mamá, lo hice para festejar...”, “..Inicié a los 17 años con marihuana y piedra...con amigos, por vagancia, por ver cómo era...ahora me gusta, me relaja la mente, me despeja...”; “...inicié con cigarros a los 10 años...tuve problemas con mi chavala...fue por desahogo, luego probé el alcohol...”; “porque me echaron la culpa de la muerte de mi abuela”, “todo estaba bien hasta que mis padres se separaron”, “mi roca me trataba bien hasta que la rompió ella también, ya sabe ella le hace a lo mismo”, “por experimentar y luego por problemas familiares”, “porque discutía mucho con mi hermana y todo le creían a ella, me ofrecieron y la probé...”

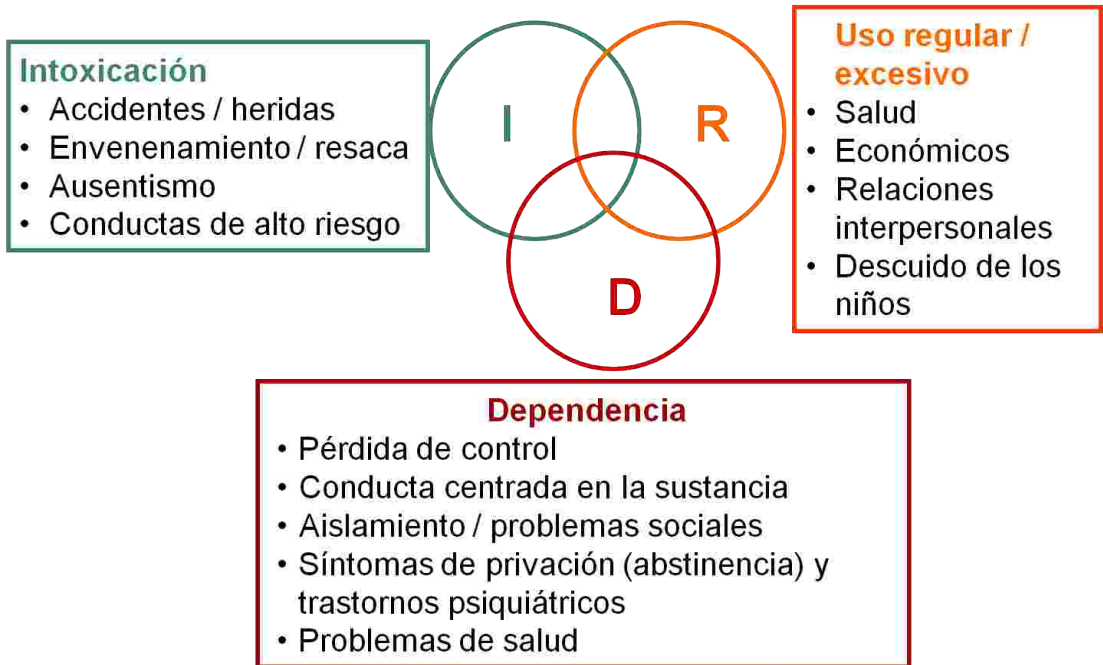
Otro elemento común en los consumidores de sustancias psicoactiva es la pertenencia a familias disfuncionales, con pobre comunicación entre padres e hijos, con migración interna a la capital, progenitores ausentes por separación o fallecidos, bajo nivel educativo, abandono temprano de la escuela y/o sin escolaridad, padres con historia de alcoholismo, historia de violencia intrafamiliar, desempleo, pobreza, etc. (Alemán, 2012). Un estudio reciente realizado en León, Nicaragua, encontró que el 46.2% de las personas atendidas en cuatro centros de rehabilitación tenían problemas de funcionalidad familiar (Vásquez, 2009).

CONSECUENCIAS DE LAS DROGODEPENDENCIAS:

Para los jóvenes participantes en el proyecto las consecuencias de las drogas son: “Pérdida del auto estima”, “pérdida de la familia”, “pérdida de los verdaderos amigos y vecinos”, “la cárcel”, “el hospital”, “la muerte”, “la sociedad no lo ve igual”, “la muerte blanca”, “te levanta en el aire”

El consumo de drogas produce a corto, mediano o largo plazo afectaciones en todas las áreas de la vida. Distintos patrones de consumo ocasionarán diferentes tipos de problemas, debido a que las personas tienen particulares características genéticas y experiencias tempranas, por lo que pueden reaccionar de diferente manera a las drogas y tener distintos niveles de riesgo de abuso y dependencia.

Thorley presenta el siguiente esquema de problemas relacionados con la intoxicación, el uso excesivo y la dependencia de sustancias: (UNODC, 2005).



Entendiendo a la persona como un ser bio-psico-social-cultura-espiritual otras consecuencias y/o problemas pueden ser:

En la esfera biológica:

Para los jóvenes participantes en el proyecto las drogas "Matan las neuronas", "mata la salud", "cirrosis", "cáncer", "pérdida de la memoria", "una sobre dosis", "muerte blanca", "vómitos de sangre", "enfermedades de transmisión sexual", "convulsiones", "resequedad en la garganta", "sangrado fuerte de nariz", "contraer enfermedades graves como el SIDA", "la muerte", "destrucción del sistema nervioso y muchos órganos del cuerpo", "pérdida de peso", "Quedar loco"

Desnutrición, afectaciones en el hígado, el corazón, esófago y estómago, inflamación de la lengua, infecciones de transmisión sexual, convulsiones, pulmón de crack, puede ocasionar una reducción de hormonas masculinas por la acción del alcohol sobre el testículo y la hipófisis, reducción de la entrada de sangre en los cuerpos cavernosos debido a la arteriosclerosis temprana, diarreas; úlcera gástrica; duodenal, trombosis cerebrales, entre otras afectaciones.

La exploración clínica para consumidores de alcohol podría abarcar también la verificación de los parámetros bioquímicos y hematológicos. Elevación de los parámetros del Ácido Úrico, Triglicéridos, Transaminasas, Volumen Corpuscular Medio. El marcador más sensible y específico para el abuso de alcohol en la atención primaria sería el GGT (Gamma Glutamil Transpeptidasa) cuyo rango normal en sangre es de 40 a 78 U/, su aumento puede permanecer 3-4 semanas posterior a la ingesta e indican abuso de alcohol o hepatitis alcohólica.

En la esfera psicológica se observa:

Irritabilidad, explosividad, conducta autodestructivas, dificultades para el sueño, depresión, ideación o anteriores intentos suicidas, pensamientos homicidas, delirium, síndrome amotivacional expresado por una notable falta de interés ante todo, deterioro cognitivo y relajación de valores.

En la esfera social:

Para los jóvenes participantes en el proyecto las drogas provocan en lo social " pérdida de la familia", "más problemas por los robos, la violencia y agresiones", "la familia tiene conflictos con los vecinos por los robos", "ya no te quieren ver", "la mujer te deja", "ya no sos obligado con los hijos"

Violencia con la pareja, rupturas del matrimonio u otra relación, pérdida de amiga/os, pérdida del trabajo o amenazas para perder el trabajo, deudas, disfunción familiar, arrestos por posesión ilegal de drogas, por venta ilícita de drogas, por estar bajo los efectos del alcohol u otras drogas, y otros delitos, deterioro en las relaciones con los vecinos.

En la esfera cultural:

Abandono de todos los intereses recreativos, culturales, e intelectuales, centrando su conducta únicamente en la búsqueda de la sustancia, consumo y restablecimiento físico después del abuso de la sustancia.

En la esfera espiritual:

Nos referimos a lo que nos induce a comportamientos independientes de nuestras necesidades corpóreas. Es asumir como propias las necesidades de los otros, es la esencia de la bondad, sensibilidad, compasión, es la capacidad de ponerse en el lugar del otro, tratar como quisiera uno ser tratado y dentro de los efectos más precoces y evidentes de las drogas esta el egoísmo.

■ III. ¿QUE SON LAS DROGAS y/o SUSTANCIAS PSICOACTIVAS?

Para los jóvenes participantes en el proyecto las drogas son: “ sustancias tóxicas alucinógenas “, “son un escape a los problemas”, “son un desahogo a la realidad en la que vivimos”, “es una cosa rica que te pone en onda y luego te hace sentir feyuco”, “son una perdición para el ser humano”, “son estupefacientes y mala onda para la salud, la familia y la sociedad pero es un momento de felicidad y tranquilidad que solo ella puede regalar”, “son ricas para el cerebro”, “las drogas son un relajante del cerebro y del cuerpo” “es algo que te hace sentir y estar fuera de tus cinco sentidos”, “es una sustancias dañina para la salud, pero el que la consume sabe que es la única que lo puede hacer sentir mejor”, “ producen taquicardia, dolor en el cerebro”, “respiración agitada”, “activación del cerebro”, “se pierde la memoria, todo se olvida”..

Definición:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las drogas como sustancias naturales o químicas que introducidas en un organismo vivo por cualquier vía de administración: ingestión, inhalación, intramuscular o intravenosa, es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central produciendo un cambio en la conducta de la persona modificando el estado psíquico.

De uso médico o no, legal o ilegal y cuyo consumo excesivo y/o prolongado determina tolerancia y dependencia, así como diversas afectaciones biológicas, psicológicas, sociales o espirituales.

CLASIFICACIÓN:

POR SU ORIGEN:

- Naturales: alcohol, cocaína, opio mezcalina, marihuana, tabaco y café.
- Sintéticas o semisintéticas: heroína, metadona, anfetaminas, LSD, ansiolíticos, inhalantes, etc.

POR SU REGULACIÓN LEGAL:

- Prohibida su regulación y fabricación: heroína, cocaína, cannabis y sus derivados, LSD, etc.
- Permitida su comercialización con autorización facultativa: metadona, morfina, codeína, barbitúricos, ansiolíticos, etc.
- Permitida su comercialización libre: alcohol, tabaco, café, té.

POR LA DEPENDENCIA:

- Dependencia física y psíquica: opio, metadona, heroína, morfina, alcohol y barbitúricos.
- Fuerte dependencia psíquica: cocaína, marihuana, LSD, mezcalina, alucinógenos, inhalantes.

POR SU AFECTACIÓN A LA CONCIENCIA:

- Sin afectación a la conciencia: tabaco, alcohol, café, té.
- Con afectación de la conciencia: alcohol, cocaína, marihuana, LSD, mezcalina, alucinógenos, inhalantes, heroína, morfina, etc.

POR SUS EFECTOS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

- Drogas estimulantes: el café, el tabaco, el té, las anfetaminas y la cocaína.
- Drogas sedantes/ depresoras: el alcohol, la morfina, la heroína y algunos de los llamados somníferos y sedantes.
- Drogas distorsionantes o deformantes de las percepciones: el LSD, la marihuana, el ICE (metanfetamina en su forma fumable) y algunos hongos, determinantes de alucinaciones y de ilusiones. (González, 2011)

El siguiente cuadro presenta la clasificación de las sustancias psicoactivas en base a sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central:

Depresoras	Estimulantes	Alucinógenas
Alcohol	Anfetaminas	LSD, DMT
Benzodiacepinas	Metanfetamina	Mezcalina
Opioides	Cocaína	PCP , Fenciclidina
Solventes	Nicotina	Ketamina
Barbitúricos	Khat	Hachís (dosis altas)
Marihuana (dosis bajas)	Cafeína	Hongos (Psilocibina)
	MDMA (Éxtasis)	

Fuente: (Victoria Police, 2002).

LSD: Lysergic Acid diethylamide; DMT: N, N-Dimethyltryptamine;

PCP: Phencicydine; MDMA: metilendioximetanfetamina (éxtasis).

PROPIEDADES DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:

ALCOHOL:

El alcohol, es el resultado de la fermentación de sustancias vegetales. Su utilización por el hombre, en forma de brebaje, se supone que data de los albores de la humanidad. Entre las presentaciones más antiguas, encontramos el vino y la cerveza conocidos desde la época de los egipcios (unos 5000 años atrás). Hipócrates, médico griego, habló hace unos 2400

años de la locura alcohólica y en el año 800 de nuestra época, Rhamses, un químico árabe, descubrió lo que a la postre aumentaría notablemente el poder dañino del tóxico: la destilación. (González, R. 1998)

MECANISMO DE ACCIÓN DEL ALCOHOL EN EL ORGANISMO

El alcohol etílico o etanol, cuando se ingiere pasa a la sangre a través de las paredes del estómago y el intestino delgado y circula libremente por todo el organismo. En el organismo se distribuye con mayor facilidad en los medios acuosos que en los lipídicos y puede acceder al torrente sanguíneo desde la cavidad oral, el esófago, el estómago, y los intestinos (Antoni 2002). La mayor parte de la eliminación del etanol se produce por metabolismo, pero existe un escaso porcentaje de etanol que es eliminado, sin sufrir transformación alguna, mediante su incorporación a la orina, las heces, el sudor y el aire exhalado (Ministerio de S. 2007).

El etanol se metaboliza fundamentalmente por oxidación, transformándose en acetaldehído. La acumulación del mismo en el organismo ha sido implicado en los efectos aversivos que produce el etanol. Durante la intoxicación de etanol el acetaldehído se encuentra en niveles elevados causando muy diferentes efectos que son conocidos bajo el concepto “*sensibilidad al alcohol*” e incluyen: vasodilatación asociada a aumentos en temperatura cutánea, efectos subjetivos de calor y “flushing” facial, incrementa la tasa cardiaca y respiratoria, disminuye la presión sanguínea, produce sequedad de la mucosa bucal y de la garganta hecho que va asociado con broncoconstricción y reacciones alérgicas, náuseas y dolores de cabeza. Este proceso acontece principalmente en el hígado y se halla fundamentalmente mediado por la enzima alcohol deshidrogenasa. Existen también otros dos sistemas enzimáticos hepáticos que posibilitan esta misma reacción y que adquieren relevancia ante niveles muy elevados de alcohol o alguna deficiencia en el sistema principal. Estos dos sistemas son el llamado sistema microsomal oxidativo del etanol (MEOS) y el mediado por el complejo catalasa-peróxido de hidrógeno. En un segundo paso el acetaldehído producido es metabolizado a acetato principalmente por el aldehído deshidrogenasa hepática (Ministerio de S. 2007).

El acetaldehído ha sido claramente vinculado a diferentes formas de cáncer: en el tracto digestivo, en el de garganta y en la cirrosis hepática. Junto a esto el acetaldehído puede estar jugando un papel en el desarrollo de otras patologías como el daño cerebral, cardiopatías, pancreatitis y en el síndrome alcohólico fetal (Ministerio de S. 2007).

EFFECTOS DEL ALCOHOL SOBRE LA SALUD.

➤ Efectos sobre el sistema nervioso

El alcohol provoca pesadillas, insomnio, dolores de cabeza, temblores, convulsiones (sobre todo en personas predispuestas a la epilepsia), depresión con ideas y conducta suicida, celos patológicos, alucinaciones, delirios, así como cambios importantes en la personalidad, en la memoria y las capacidades. En casos avanzados se evidencia degeneración del cerebro, la médula espinal y los nervios periféricos, lo cual determina falta de fuerza muscular, calambres y dolores en las piernas y los brazos, cuadro típico de la polineuritis alcohólica.

➤ Efectos sobre el aparato genitourinario

El alcohol provoca trastornos serios de las funciones sexuales, tanto en su consumo agudo como en el crónico; en este último caso, muchas veces es necesario un tratamiento prolongado pues se suman varios factores que conspiran contra el funcionamiento sexual adecuado:

Reducción de las hormonas masculinas por la acción del alcohol sobre el testículo y la hipófisis.

Reducción de la entrada de sangre en los cuerpos cavernosos debido a la arteriosclerosis temprana.

Disminución de la actividad de los centros medulares de la erección por la acción depresiva del alcohol.

También en la mujer se producen serias dificultades en la respuesta orgásmica, disminuye la libido, dificultad para la lubricación, amenorrea e infertilidad; aunque lo más peligroso sin lugar a dudas, es la acción

perjudicial sobre el embarazo en las mujeres que abusan del alcohol, expresada en la aparición del feto alcohólico, es decir, importantes deformidades del niño al nacer y graves trastornos de la inteligencia o la conducta en los casos menos severos.

➤ Trastornos cardiovasculares

Hipertensión arterial. Existe un incremento progresivo de las resistencias periféricas con el aumento del consumo de alcohol, sobre todo con consumos superiores a 100 gr de alcohol día.

Alteraciones del ritmo cardíaco. El abuso de alcohol puede provocar fibrilación ventricular y muerte súbita, por lo que una vez descartadas alteraciones estructurales es recomendable el estudio de su consumo en aquellos casos de extrasístolia ventricular frecuente. Por otra parte constituye uno de los factores de riesgo más importantes a valorar en los casos de fibrilación auricular en los que se descarta la existencia de cardiopatía estructural y alteraciones de la función tiroidea.

Cardiopatía isquémica. El posible efecto beneficioso de la ingesta moderada de alcohol en relación con la patología cardíaca es muy popular, pero también muy discutido. En la actualidad se desconoce la dimensión exacta de la reducción del riesgo y el nivel de consumo alcohólico en el que aparece la máxima reducción. La mayor parte de la reducción del riesgo de cardiopatía isquémica puede conseguirse con un consumo medio de 10g de alcohol (una bebida estándar; p. ej; un vaso de vino) cada dos días. Por encima de los 20g de alcohol (dos consumiciones) al día aumenta el riesgo de enfermedad coronaria y a edades muy avanzadas, la reducción del riesgo desaparece.

Accidentes cerebro vasculares. El consumo de más de 60 gramos de alcohol al día multiplica por dos el riesgo de ACVA (Accidente Cerebro vascular Agudo) isquémico y el consumo de alcohol cualquiera que sea la cantidad multiplica por 2-4 el riesgo de accidente hemorrágico. Es más, se puede afirmar que el consumo excesivo de alcohol es un factor de riesgo objetivo en los casos de muerte súbita, tanto de origen cardiovascular, como del resto de patologías ligadas a la muerte súbita. (Ministerio de S. 2007)

En relación a la embriaguez niveles de alcohol en el organismo en que se establece clínicamente, están entre 80 y 100mg de alcohol por 100ml de plasma y cuando se supera la cifra de 300mg por 100ml comienza el peligro de muerte, luego de un coma irreversible.

En lo referente a la intoxicación podríamos encontrar la siguiente sintomatología:

- Reflejos alterados, torpeza motora, mayor irritabilidad.
- Disforia, verborrea, incoherencia, desinhibición e impulsividad.
- Disartria, ataxia, visión borrosa o doble.
- Náuseas, vómitos, alteraciones del estado mental, conducta agresiva
- Depresión del SNC, convulsiones, shock, coma, a veces la muerte.

MARIHUANA:

Continúa siendo la droga ilícita más consumida en el mundo, la prevalencia anual de consumo oscila entre el 2.9% y el 4.3% de la población de entre los 15 y 64 años de edad. (ONU DC, 2010).

Su denominación botánica es Cannabis Sativa, una planta originaria del continente asiático, con efectos sobre el sistema nervioso central. Actualmente se debate sobre si es una droga blanda, ideas que están siendo refutadas al demostrarse sus efectos sobre la salud en aspectos tan relevantes como la reducción del nivel de hormonas masculinas, la deformación e inmovilidad de los espermatozoides, la reducción del nivel inmunológico, y los daños psíquicos y sociales.

El Delta-9- tetrahidrocannabinol (THC) es su principio activo y responsable de los efectos psicoactivos, incrementa el flujo de dopamina en el cerebro, teniendo su impacto en el área Mesolímbica, que se proyecta del área Tegmental Ventral al núcleo Accumbens, una región crítica para el establecimiento de la dependencia, su consumo es en diferentes formas y vías de administración, dependiendo de las formas y vías será su poder de concentración (THC):

Marihuana: elaborada a partir de las hojas y tallos de la planta, los que se dejan secar y se trituran. (THC 3 y 10%).

Hachís: Confeccionado a partir de la resina que se forma en la superficie de la planta, sobre todo en las flores y hojas superiores. (TCH 35 y 40 %), es la forma de consumo más popular en el mundo mezclado con tabaco rubio.

Aceite de Hachís: Producido al tratar a la resina con disolventes como el alcohol. (THC 80%).

Para los jóvenes participantes en el proyecto la marihuana produce “relajación”, “me ayuda a dibujar, ayudo en la casa y estoy tranquilo y no estoy jodiendo a mi roca”, “me da bastante hambre”, “tranquilo”, “quemando cable”, “no busco pleito, ni jodo a nadie”, “me hace alucinar”

A pesar de la alta prevalencia del consumo en nuestro medio son escasas las consultas a urgencias por intoxicaciones agudas y suelen ser por reacciones de ansiedad, pánico.

Algunos aspectos a valorar son: broncodilatación, incremento de la frecuencia cardíaca y del gasto cardíaco; inyección conjuntival, disminución de la presión intraocular y en ocasiones visión amarillenta o centelleo de colores.

Intoxicación leve: sensación de extrañeza y somnolencia, disforia, ansiedad, inquietud, agitación psicomotora, dificultad para seguir el curso del pensamiento, alteración temporal de la percepción.

Intoxicación moderada: euforia, risa fácil, despersonalización y alteración en la percepción del tiempo.

Intoxicación grave: crisis de pánico, psicosis, temblor, ataxia, coma y muerte.

EFFECTOS SOBRE EL CEREBRO

Cuando una persona fuma marihuana, el THC pasa rápidamente de los pulmones a la corriente sanguínea, que transporta los químicos del cannabis por todo el cuerpo hasta el cerebro. En el Cerebro el THC se conecta a sitios específicos en las células nerviosas llamados receptores Neurocannabinoides Endógenos, e influye en la actividad estos neurotransmisores que tienen que ver con el placer, la memoria, el pensamiento, la concentración, las percepciones sensoriales y la ubicación en el tiempo y el movimiento. Es importante destacar que a nivel social una de las grandes problemáticas del consumo de marihuana lo representa el síndrome amotivacional el cual consiste en un estado de pasividad e indiferencia, caracterizado por disfunción generalizada de las capacidades cognitivas, interpersonales y sociales que persiste un tiempo después de interrumpir el consumo. Hay autores que consideran que el síndrome a motivacional no sólo lo causa el consumo prolongado de altas dosis de THC, sino también, las anfetaminas, la cocaína y los solventes volátiles.

METABOLISMO Y EXCRECIÓN.

Los mecanismos de eliminación del Delta 9-THC son bastante conocidos tanto en animales de experimentación como en el ser humano. Solo una mínima cantidad de este compuesto es eliminada del cuerpo en su forma original, mientras que la mayor parte aparece en forma de metabolitos en heces (un 68%) o en orina (12%). La droga está también presente en otros tejidos y fluidos biológicos como el pelo, la saliva y el sudor. La mayor parte del metabolismo ocurre en el hígado, aunque también puede producirse en otros órganos como el pulmón y el intestino. (Julio,G y Cols. 2000).

COCAÍNA:

La prevalencia anual de consumo oscila entre el 0.3% y el 0.4% de la población de entre los 15 y 64 años de edad (Entre 15 y 19.3 millones de personas). (ONU DC, 2010).

La cocaína o benzoilmetilecgonina es el principal alcaloide descubierto en 1859 obtenido de las hojas del arbusto *Erythroxylon coca*, originario de

América del Sur, su utilización se remonta a antes del descubrimiento de América.

Tiene diferentes formas de presentación y de ello depende su poder adictivo:

Hoja de coca: masticadas, sola o con sustancias. Forma tradicional. 1% de concentración con relación al peso.

Pasta de coca: sulfato de cocaína. (se fuma). 40-85% de concentración. Mayor poder adictivo.

Clorhidrato de cocaína: uso por vía intranasal o intravenosa. 12-75% de concentración. Conocida como nieve o polvo blanco es su presentación mas frecuente.

Cocaína base: base libre (free base) o de crack, uso por inhalación (calentamiento) y la segunda fumada (mezclada con tabaco u otras sustancias). 30-80% de concentración, llamada así debido al sonido que produce cuando se incinera.

Aplicación médica muy limitada, esporádicamente como anestésico tópico en cirugía ocular o del oído.

La cocaína impide la receptación de neurotransmisores (dopamina y noradrenalina) incrementando sus concentraciones en el espacio sináptico y aumentando los efectos inducidos por ellos. También, produce efectos euforizantes por su acción en los circuitos cerebrales de recompensa, aumentando la concentración de dopamina en el núcleo accumbens. Así mismo, bloquea los canales de sodio dependientes de voltaje y por ello impide la entrada de sodio en respuesta a la despolarización y la conducción nerviosa.

La cocaína tiene el siguiente poder de acción según la vía: inhalada 30 minutos; fumada 10 minutos; intravenosa 5 minutos y oral 60 minutos; con una vida media de 1 a 6 horas según la vía de administración y calidad de la mezcla.

Para los jóvenes participantes en el proyecto la sensación que produce el crack es “aceleración del sistema nervioso central”, “súper acelerado”, “acelera el corazón”, “el cerebro trabaja más rápido para robar”, “el cerebro funciona solo para hacer el mal”, “tiquiteado”, “chiva”, “me entume los labios”, “me deforma la boca y me acelera”, “insomnio”, “delirio”, “un viaje único”.

La benzoilecgonina (Cocaína en polvo) es el metabolito que se detecta con más frecuencia en orina cuando se hacen pruebas analíticas y la ecgonina-metil-ester es un metabolito que solo aparece cuando se fuma la cocaína en su variante de crack o base libre.

En el sistema nervioso central la cocaína ejerce sus acciones en el circuito mesocorticolímbico dopaminérgico dando lugar a modificaciones en la actividad electrofisiológica en las neuronas. El sistema mesocorticolímbico dopaminérgico está formado por un conjunto de núcleos interconectados entre sí por una extensa y compleja red de vías nerviosas que posibilitan una comunicación fluida. De todos ellos destacamos: área Tegmental Ventral, núcleo Accumbens, núcleo Pálido Ventral y la Corteza Prefrontal; que constituyen el denominado “circuito neural básico de la recompensa de los mamíferos superiores”. Estudios de neuroimagen cerebral muestran como la administración de cocaína se acompaña de un incremento de dopamina en las sinapsis del núcleo Accumbens, responsable del refuerzo positivo del consumo. El consumo crónico de cocaína induce a la atrofia cerebral, podría influir en la isquemia cerebral. Análisis avanzados demuestran la existencia de un déficit del flujo sanguíneo cerebral por vasoconstricción de las arterias coronarias y cerebrales, déficit que puede mantenerse un tiempo después de la supresión del consumo (Generalitat, 2011).

La intoxicación depende de la estimulación del sistema nervioso central y periférico así como de la dosis y la vía de administración de la sustancias.

Moderada: hipertensión arterial, taquicardia, hipertermia, sudoración profusa, calambres musculares, confusión, alucinaciones táctiles, delirios paranoides.

Grave: palidez, hipotensión arterial, arritmias, edema agudo de pulmón, hipertermia maligna, coma.

Complicaciones: cardiopatía isquémica, accidentes cerebro vasculares, isquemia intestinal, muerte súbita.

SEDANTES E HIPNÓTICOS:

Estos psicofármacos se utilizan generalmente en trastornos psiquiátricos, son capaces de crear hábito y la tolerancia se desarrolla fácilmente cuando se abusan de ellos.

Entre los síntomas más comunes del uso de sedantes e hipnóticos encontramos la somnolencia, descoordinación motora de leve a moderada y obnubilación de las funciones mentales. Los efectos se relacionan con el papel que cumple el receptor GABA-A. A dosis mayores, estos efectos se agudizan y producen daños generales de la función motora, aumento en el tiempo de reacción y daños en la función cognitiva y en la memoria. En casos severos pueden ocasionar la muerte por depresión respiratoria.

Como otras drogas que producen dependencia, existen evidencias de que los sedantes e hipnóticos afectan el sistema mesolímbico dopaminérgico; lo que provoca sus efectos de reforzamiento y aumento en la motivación de repetir su uso. Además incrementa la actividad en la corteza temporal, disminuye la actividad metabólica en la corteza occipital, así como el metabolismo talámico, según mediciones de tomografías por emisión de positrones.

ANFETAMINAS:

Es un derivado sintético de la efedrina, estas drogas aparecieron en las farmacias norteamericanas hacia 1930, como recurso para mantener despiertos a sujetos sobre dosificados por sedantes. Poco después se lanzan en forma de inhaladores para catarro y todo tipo de congestiones nasales, y algo más tarde como píldoras contra el mareo y la obesidad, para finalmente emplearse como antidepresivos.

El mecanismo de acción es parecido al de la cocaína, aunque en vez de impedir la reabsorción de ciertos neurotransmisores (ante todo dopamina y noradrenalina) parece liberarlos. Su acción acontece básicamente sobre el sistema límbico y el hipotálamo.

El factor de tolerancia en estas drogas es excepcionalmente alto. Un claro fenómeno de insensibilización se produce ya a los tres o cuatro días de tomar la dosis prescrita por los prospectos tradicionales, los usuarios regulares llegan a administrarse medio gramo, cantidad capaz de fulminar a cinco personas sin hábito. Aunque la tolerancia amplía mucho el umbral de la dosis mortífera, el quebranto físico sigue una progresión geométrica; cadáveres de adolescentes, que se inyectaban estas drogas en vena, revelaron en la autopsia un deterioro visceral comparable al de ancianos. Corazón, hígado y riñones son los órganos más dañados de forma inmediata. El uso por parte de embarazadas puede producir fetos monstruosos o subnormales.

Los efectos subjetivos son parecidos a los de la cocaína. Experimentos hechos en la Universidad de Chicago, usando como voluntarios a cocainómanos inveterados, demostraron que eran incapaces de distinguir cocaína y dexanfetamina en inyecciones intravenosas durante los primeros cinco minutos, aunque la mayor duración del efecto acababa mostrándoles la diferencia. Las aminas estimulantes no sólo poseen entre cinco y diez veces más actividad, sino un efecto cinco o seis veces más prolongado.

Los efectos del empleo crónico en dosis medias o altas son parecidos a los de la cocaína usada crónicamente en dosis paralelas, sólo que más graves. La paranoia o delirio persecutorio ocurre bastante antes, y muchas veces se instala de modo irreversible. La intoxicación anfetamínica aguda es tratada del mismo modo que la cocaínica.

Por supuesto, estos estimulantes no producen un síndrome abstinencia parecido al de los depresores, sino una depresión o colapso psíquico proporcional al abuso, que en su fase álgida puede durar una semana entera; basta una sola administración para inducir resacas depresivas, aunque sólo meses o años inducen la llamada psicosis anfetamínica. (Escohotado 2008).

La UNODC estima que entre 13,7 y 52,9 millones de personas entre 15 y 64 años de edad han consumido alguna sustancia de tipo anfetamínico en el último año (entre el 0.3 y 1.2%) incluidos los consumidores de éxtasis, cuya cifra oscila entre 10,5 y 25,8 millones (entre el 0,2 y el 0,6% de la población). (ONUDC, 2010).

Las anfetaminas incluyen D-anfetamina, L-anfetamina, efedrina, catinona, metanfetamina, dexanfetaminas, metilfenidato y pemolina. Las anfetaminas se usan no solamente por el efecto subjetivo que producen, sino para extender los períodos de vigilia, tal y como son usadas por algunos estudiantes en temporada de exámenes. Además, se utilizan como inhibidores del apetito, aunque en este caso su efecto es breve. Médicamente, las anfetaminas se emplean sólo para el tratamiento de la narcolepsia y los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños.

El mecanismo primario de acción de las anfetaminas consiste en estimular la liberación de dopamina de las terminales nerviosas, mediante el transportador de dopamina. Por ende, se puede liberar dopamina independientemente de la excitación neuronal. Esto contrasta con los efectos de la cocaína, que bloquea la reabsorción de monoaminas en las terminales nerviosas y en consecuencia, sólo afecta a las neuronas activas. Asimismo, la anfetamina puede activar directamente los receptores de catecolamina, contribuyendo aún más a la actividad monoaminérgica.

En cuanto a la absorción esta se da por vía oral y su vida media es de 6 a 12 horas. Se metaboliza en el hígado por procesos de oxidación, se elimina por vía renal en forma de metabolitos inactivos, presenta una semivida de unas 10 horas y el 30% se elimina sin metabolizar.

INHALANTES:

Para los jóvenes participantes en el proyecto la sensación que producen la pega y la gasolina es que “les hace alucinar”, “ abre la mente y los sentidos”, “ escuchan claro a la distancia”, “les provoca un alucin extremo”, “te eleva”

Los inhalantes son vapores químicos volátiles que incluyen: óxido nitroso, solventes volátiles como tolueno y nitritos alifáticos. Debido a su fácil disponibilidad, son utilizados principalmente por niños y adolescentes.

Este término se aplica a un grupo muy diverso de sustancias que se hallan en productos como gasolina, removedores de esmalte para uñas, removedores de pinturas, aerosoles y pegamentos.

Estos compuestos se aspiran, ya sea directamente o a través de un trapo empapado en solvente, que se coloca en la boca de la persona o en una bolsa de plástico. Los compuestos solventes volátiles tienen pocas características en común, fuera de su toxicidad y los efectos conductuales que producen.

No se conoce aún cómo intervienen estas sustancias ya que han recibido mucho menos atención que otras sustancias psicoactivas por parte de las investigaciones.

Sus características fisicoquímicas, particularmente las de alta solubilidad en grasas y pequeño tamaño, hacen que después de inhaladas se distribuyan ampliamente en todo el cuerpo, y traspasen las membranas de todo tipo de células. No existen pruebas de que actúen con receptores específicos, sino más bien con varios tipos de ellos.

Para los jóvenes participantes las mezclas que hacen en el policonsumo de drogas son: "Floripón y guaro", "guaro y cerveza", "marihuana con hongos", "coca y marihuana", "crack y marihuana en bañado", "supertiamina con guaro", "lorazepan con guaro", "inhalar salbutamol después de estar tocado".

¿Qué es el bañado?: "Es la combinación de la hoja de marihuana con piedras de crack"

¿Cómo se prepara el bañado?: "Unas hojas de marihuana de 8 a 10 piedras", "depende del dinero y que tan loco quieres estar", "se consigue una boleta (papel espalmado) se colocan las hojas de marihuana, luego se quiebran las piedras y se echan encima de las hojas y se fuma", "una tila y cuatro piedras""dos tila y 15 a 20 piedras", "una tila y 9 niña"

¿Qué efectos ocasionan?:"dura de 15 a 20 minutos, primero te sentís toquiteado y luego te deja relajado", "depende, lo que dure en fumártelo luego quieres otro y otro""una hora, dura el efecto y te sentís rico", "lo ideal debería una buena cantidad de mari y un buen

DROGAS DE DISEÑO:

A partir de 1990, se ha venido observado la aparición de una serie de nuevas variantes de consumo de drogas. Comienzan a parecer las llamadas drogas sintéticas o "recreativas". Donde se populariza el uso del Éxtasis (MDMA-Metilendioximetanfetamina). Aunque en la década de los 60 y 70 era

usado por ciertas poblaciones. En 1986 la OMS la incluye en la lista I del convenio sobre Psicotrópicos.

La MDMA (Éxtasis), es una droga sintética psicoactiva químicamente similar al estimulante metanfetamina y al alucinógeno mezcalina. Ejerce sus efectos primarios sobre las neuronas en el cerebro en específico sobre la serotonina. La serotonina juega un papel importante en la regulación del estado de ánimo, la agresión, la actividad sexual, el sueño, y la sensibilidad al dolor. (NIDA, 2005)

El uso MDMA puede ocasionar aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, escalofríos, náuseas, desmayos, visión borrosa, apretamiento involuntario de los dientes y tensión muscular (NIDA 2005).

Dentro de la gama de drogas sintéticas utilizadas encontramos el Rohipnol que es depresor del sistema nervioso central usualmente usado para cometer violaciones en las citas al ser mezclado con el alcohol. Puede producir una "amnesia anterógrada," lo que significa que es posible que las personas no recuerden lo que les ocurrió cuando estaban bajo los efectos de esta droga.

Otra droga sintética es la ketamina es un anestésico, el 90 por ciento de la ketamina que se vende legalmente está destinada para el uso veterinario. Su uso puede ser intramuscular o esnifada. Ciertas dosis de ketamina pueden causar un estado como de sueño y alucinaciones. En dosis altas, la ketamina puede causar delirio, amnesia, deterioro en la función motriz, presión arterial alta, depresión y problemas respiratorios potencialmente fatales.(NIDA 2004).

BENZODIACEPINAS:

La primera benzodiazepinas conocida es el Clordiazepóxido, seguida por la aparición del Diazepam, seguido por otras benzodiazepinas convirtiéndose estas en un tratamiento de punta, en lo referentes a sustancias ansiolíticas. Las benzodiazepinas poseen un buen nivel de absorción por vía oral, alcanzando concentraciones máximas entre 1 y 4 horas después de la administración. La biodisponibilidad es casi completa (entre un 80-100%).

Estas drogas se distribuyen ampliamente por todos los tejidos, atravesando la barrera hematoencefálica. El volumen de disponibilidad depende de la liposolubilidad relativa y se considera mayor en mujeres y población geriátrica. Tienden a acumularse en tejido cerebral y en tejidos grasos. Se unen en gran proporción a proteínas plasmáticas, dificultándose la eliminación por diuresis forzada en el caso de las intoxicaciones agudas.

Se metabolizan extensamente sobre todo por enzimas microsomales hepáticos, originándose metabolitos que generalmente presentan mayor vida media y actividad biológica. Esta bio-transformación va desde la oxidación hasta la conjugación, determinando la vida media del compuesto, que no se corresponde con la duración del efecto y constituye uno de los distintos criterios usados para clasificar estos fármacos. Así, según la vida media de eliminación, se dividen en benzodiazepinas de acción ultracorta (vida media inferior a 5 horas), las de acción corta (entre 5 y 20 horas), acción intermedia (20 y 48 horas) y de acción larga (vida media de eliminación superior a 40 horas).

Dentro de las principales BENZODIAZEPINAS de nuestro medio encontramos:

- Alprazolán, Clobazán, Clonazepam, Clordiazepóxido, Diazepam, Lorazepam, Medazepam.

Su función se establece a partir de unos receptores específicos asociados con los sitios de unión del ácido gamma-aminobutírico (GABA), y de los canales de cloro, de tal manera que potencian los efectos inhibitorios del GABA y producen modificaciones en el resto de sistemas de neurotransmisión central. Todos los efectos benzodiazepínicos se deben a sus acciones sobre el SNC, sin modificar la actividad del sistema nervioso vegetativo ni tener acciones específicas sobre órganos aislados. Se considera, a efectos generales que las acciones más importantes son ansiolíticas, hipnóticas-sedantes, miorelajantes y anticonvulsivantes. La acción terapéutica aparece a dosis menores que la miorelajantes y la sedante.

El riesgo vital por intoxicación aguda es raro, pero aumenta si a la sobredosis se añaden otros depresores del SNC como el alcohol.

Las manifestaciones clínicas suelen ser la continuación de sus efectos terapéuticos y adversos. La etiología suicida es la más frecuente, siendo las benzodiacepinas los psicofármacos más utilizados en intentos de autolisis (Salvador,1997). Las dosis tóxicas son variables. Como en el resto de intoxicaciones el tratamiento se ocupa de distintos aspectos, que van desde la eliminación del tóxico hasta la aplicación del antídoto (flumacenil) y sin olvidarse del tratamiento sintomático de todas aquellas complicaciones que puedan aparecer.

La supresión brusca del tratamiento, en pacientes que han desarrollado dependencia y tolerancia, puede provocar un síndrome de abstinencia más grave incluso que el de los opiáceos. Clínicamente se caracteriza por síntomas semejantes a los del cuadro original, y otros nuevos como hipersensibilidad a la luz y al sonido, malestar general, despersonalización, disforia, trastornos de la memoria, alteraciones de la percepción y psicosis agudas. La severidad del cuadro es variable y suele iniciarse entre dos y cuatro días después de la suspensión, desapareciendo progresivamente. Como tratamiento se ha empleado propanolol junto con tratamiento sintomático. Para evitar esta situación, la reducción progresiva de la dosificación y la sustitución por benzodiacepinas de vida media más larga son métodos preventivos eficaces.

■ IV. EVALUACIÓN (I).

Historia del consumo: La historia de consumo ofrece elementos sobre el inicio, el tipo de sustancia inicial y su curso natural; logrando ubicar al sujeto en un espacio de tiempo determinado con respecto al consumo. El personal de salud de atención primaria puede explorar la historia de consumo haciendo uso de una entrevista semi-estructurada con preguntas abiertas, que tome en cuenta los siguientes aspectos:

- Droga inicial de consumo
- Edad del primer consumo, estaba solo (a) o acompañado(a)
- ¿Dónde ocurrió el primer consumo?
- ¿Por qué lo hizo? O ¿cuáles fueron las razones para consumir?
- ¿Cuánto tiempo lleva consumiendo?
- ¿Qué otro tipo de sustancias ha consumido o consume?
- ¿Cuándo inicio su consumo? ¿Por qué motivos?
- Droga de predilección.
- Horario preferido de consumo
- ¿Cuándo consume? lo hace solo o acompañado
- ¿Cómo consigue la droga?
- ¿Cuánto tiempo ha pasado desde el último consumo?
- Es el consumo actualmente un problema
- Repercusión del consumo en la familia
- Consecuencias sociales y legales de su consumo
- Explorar la opinión del usuario en correspondencia a su consumo y a las drogas en general.
- Valorar si ha realizado consumo simultaneo de sustancias psicoactivas. ¿cuáles ha mezclado?, ¿Desde cuándo hace consumo simultáneo?

ETAPAS DE CAMBIO:

El Modelo Transteórico de Prochaska, Di Clemente y Norcross es adoptado por muchos profesionales como marco explicativo del cambio intencional de una conducta adictiva; y basándose en él se han desarrollado diferentes estrategias y elementos terapéuticos que ayudan al sujeto a progresar hacia estadios de cambio más avanzados, entendiéndose el cambio no como algo que ocurre de una vez, sino como un proceso que generalmente requiere de tiempo y paciencia.

Es importante explorar las etapas de cambio del Modelo Transteórico y ubicar al usuario en relación a la sustancia, ya que es de vital importancia porque ayudan a definir los objetivos generales que guiarán la intervención en ese momento.

Etapas Pre contemplativa:

En esta etapa las personas no son conscientes de la problemática asociada a su consumo de sustancias; están despreocupadas acerca de su consumo; se encuentran ego sintónicos en relación a la sustancia (la sustancia es una aliada mientras que los que le advierten del peligro son adversarios). La función en esta etapa sería evocar las razones a favor y en contra del consumo para desarrollar la discrepancia, aumentar la auto eficacia para el cambio, proporcionar información, no etiquetar y reconocer resistencias.



Etapas Contemplativa:

En esta etapa el sujeto tiene crítica de la enfermedad, o sea identifica que tiene un problema con su manera de consumir y quiere superarlo pero no sabe cómo hacerlo. Se inicia un proceso de ambivalencia en relación al consumo de la sustancia, con periodos cortos de abstinencia. En esta etapa hay que identificar los obstáculos y crear estrategias para afrontarlos, ofrecer material con información, fortalecer la toma de decisiones para acentuar la ambivalencia, reconocer disparadores, entrevista motivacional, terapia de resolución de problemas, trabajar con los pro y los contras del consumo.

Las personas disfrutan consumiendo las sustancias pero sufren las consecuencias negativas de estas; a veces se preocupan por las dificultades crecientes que les causa el consumo; constantemente se debaten entre querer o no querer consumir; creen que pueden controlar su manera de consumir.

Etapa de Preparación:

A este estadio también se le llama determinación o toma de decisiones. Es momento en que el adicto se dispone o prepara para actuar. Las reflexiones que hacen propician que se profundice la ambivalencia hacia el tóxico.

En términos motivacionales se manifiestan más contrarios que favorables al consumo; aumenta su disposición al cambio; comienza a conseguir la abstinencia; la tarea fundamental en esta fase es determinar el mejor curso de acción para buscar el cambio (planificación); pueden tomar un tiempo largo para pasar a la etapa de acción. En esta etapa del modelo de cambio la función del profesional serían las técnicas para la percepción de las habilidades del usuario/a, reconocer los disparadores, realizar un plan específico de cambio con objetivos medibles y realizables, fomentar el apoyo social, terapia de resolución de problemas y terminar de profundizar en la ambivalencia que todavía persiste en esta etapa pero más acentuada al no consumo.

Etapa de Acción:

Es la etapa en la que el sujeto realiza los cambios más visibles para modificar su comportamiento, sus experiencias o su entorno con el fin de superar sus problemas. Estos cambios suponen un claro reconocimiento por parte de las personas de su alrededor y requieren una gran cantidad de esfuerzos. Separación de los "amigos consumidores", comienzo de nuevas actividades escolares, laborales, deportivas o culturales; llevan hasta 6 meses de abstinencia; necesitan ayuda para identificar avances realistas. La función sería apoyar al paciente en identificar situaciones de riesgo, seguir elaborando estrategias de orientación, fortalecer la afirmación de su decisión, iniciar con la terapia de prevención de recaídas y reconocer nuevos disparadores.

Prevención de recaída/ mantenimiento:

Para situarlas en esta etapa, las personas han de ser capaces de mantenerse alejadas del comportamiento adictivo y de comprometerse consistentemente en su nuevo estilo de vida durante más de seis meses. Es la etapa de utilización continuada de estrategias para mantener el patrón de

comportamiento alcanzado; identificación de situaciones de riesgo; prevención de recaídas. (Prochaska, 1994). (Mayor, 1998). Refuerzo positivo, mantener el apoyo al paciente, revalorar los objetivos y metas a corto y largo plazo.

Los jóvenes del proyecto manifiestan que sus momentos de cambio pueden estar relacionados con “Cuando mi roca me regaña”, “cuando hay problemas económicos en la casa y yo no apporto nada” “ a veces pienso en cambiar pero no puedo esta onda es más fuerte que cualquier otra cosa” “por mi roca” “ a veces porque ya no aguanto esta vida, hasta la de un pero es mejor” “porque quiero formalizarme” “quiero una novia “ quiero una mujer en mi casa la familia, andar en esta onda se olvida de todo eso”

ASPECTOS BIO-PSICO-SOCIALES

En la atención a las personas con problemas de consumo y poder comprender en su totalidad, es necesario abordarlo como un ente biopsicosocial, entendiéndolo como una personalidad única e irrepetible, determinada por la interrelación de estos tres elementos.

Los seres humanos formamos parte de la naturaleza y existimos en nuestra esencia en una imbricación entre lo natural, lo sociocultural en historicidad y lo propiamente psicológico.

Lo biológico, referido en especial al cerebro, es un determinante en el origen y desarrollo de la personalidad. Sin un sistema nervioso de las particularidades anátomo-fisiológicas del cerebro humano no podría existir la personalidad; pero a este desarrollo de la materia viva se llegó luego de una larga evolución biológica. Sin embargo, el sistema nervioso solamente es una condición necesaria pero no suficiente, requiere de la interacción del sujeto con la sociedad para que sus propias potencialidades se desarrollen y maduren. Por eso, en la actualidad no es posible hablar de un proceso evolutivo al margen de leyes psicosociales.

Los aspectos biológicos influyen directamente en la formación del Sistema Nervioso Central y su funcionamiento, interviniendo en la formación neurofisiológica partiendo de la información que existe en el código genético,

mediado por lo sociocultural. Pero su influencia en el proceso de formación de lo psicológico que aflora mediatizado por lo social y cultural es indirecto.

Lo social no es algo externo que modela sino un elemento activo que se integra en las leyes reguladoras de las condiciones internas, que a su vez, se mantienen en ulterior relación con las particularidades de la vida social.

El determinismo social posee condicionamiento histórico filio y ontogenético a través del tránsito social y en el propio hombre portador activo de su historia individual. El aspecto social se transforma y se sintetiza en su dimensión histórica individual a través de la personalidad. Lo social deviene en lo histórico en la formación de la personalidad. Así, el determinismo sociohistórico adquiere dimensión psicológica y mediatiza los sucesivos momentos del determinismo.

Por tanto, podemos concluir que la relación existente entre estos elementos no la podemos ver como algo lineal, sino como una compleja interacción entre lo interno y lo externo. Si bien las condiciones biológicas del ser humano tienen una repercusión sobre la psiquis del individuo lo hace desde el prisma de una serie de creencias, actitudes, etc., que ha ido formándose en él a través del tiempo en su interacción con lo social.

Así mismo, lo que el sujeto percibe del medio social va a estar sujeto al estado biológico en que se encuentra y a las formaciones psicológicas que tiene, ya que no es un ente pasivo que absorbe como una esponja todo lo que del medio viene, pues el desarrollo biológico y psicológico adquirido le permite comparar, valorar y decidir. Pero también hay que tener en cuenta que el estado psicológico de la persona va a influir sobre su organismo y sobre su desempeño social. (Fernández, 2002). (Campa, 2000).

RECAÍDAS

Las recaídas son parte de la vida de personas con adicción. Existen factores que se deben de explorar, es necesario que la persona los identifique en su vida personal con el objetivo de hacerle ver la existencia de mecanismos concientes o inconscientes que lo llevan a una recaída, estos también son llamados de protección o de riesgo para reiniciar el consumo:

Familiares:

- Falta o ausencia de apoyo familiar

Grupo de amigos

- Influencia perjudicial de amigos consumidores

Disparadores

- Asistir a lugares donde se consume drogas

Individuales

- Creer que puede tener control sobre la sustancia
- Ansiedad, depresión
- Dificultad para manejar las situaciones adversas y el stress
- Inexistencia de un proyecto de vida o este poco estructurado.
- Ausencia o abandono del tratamiento
- No asistir a grupos de autoayuda o ayuda mutua.
- Falta de conocimientos sobre la droga que consume.
- Dificultad para identificar las emociones y para controlarlas.
- Presencia de disfunciones sexuales.
- Falta de recreación sana
- Baja autoestima, sentimientos de culpa y vergüenza.
- Problemas para establecer relaciones interpersonales con no consumidores

Legales

- Arrestos, prisión u otros problemas judiciales
- Consumo o venta de drogas en el hogar.

■ V. EVALUACIÓN (II): TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO.

INTOXICACIÓN AGUDA:

Estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicótropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.

Suele estar en relación con la dosis de la sustancia, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente (por ejemplo, con una insuficiencia renal o hepática) en los que dosis relativamente pequeñas pueden dar lugar a una intoxicación desproporcionadamente grave.

La desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, en fiestas o carnavales) debe también ser tomada en cuenta. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. Los síntomas de la intoxicación no tienen porqué reflejar siempre la acción primaria de la sustancia. Por ejemplo, las sustancias psicótropas depresoras del sistema nervioso central pueden producir síntomas de agitación o hiperactividad o las sustancias psicótropas estimulantes, dar lugar a un estado de introversión y retraimiento social. Los efectos de algunas sustancias como el cánnabis y los alucinógenos son particularmente imprevisibles.

Por otra parte, muchas sustancias psicótropas pueden producir efectos de diferentes tipos en función de la dosis. Por ejemplo, el alcohol que a dosis bajas parece tener efectos estimulantes del comportamiento, produce agitación y agresividad al aumentar la dosis y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación. (OMS-CIE 10, 1999).

CONSUMO PERJUDICIAL:

Se trata de una forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicoactivas por vía parenteral) o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.

El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia psicoactiva. Las formas perjudiciales de consumo son a menudo criticadas por terceros y suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos. El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa tales como detención o ruptura matrimonial. (OMS-CIE 10, 1999).

DEPENDENCIA:

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto.

La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicótropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco.

La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de tres de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma

sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar síntomas de abstinencia.

- d) Tolerancia, se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

Debe investigarse a fondo si la persona que consuma la sustancia es consciente, o puede llegar a serlo de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

También, se han descrito como una característica esencial la reducción progresiva de las distintas formas de consumo de la sustancia o alcohol (por ejemplo, tendencia a ingerir bebidas alcohólicas entre semana y los fines de semana al margen de las normas sociales aceptadas para un consumo adecuado de alcohol). Una característica esencial del síndrome de dependencia es que deben estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla.

La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia. El síndrome de dependencia puede presentarse a una sustancia específica (por ejemplo, tabaco y diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un espectro más amplio de sustancias diferentes (como en el caso de los individuos que sienten la compulsión a consumir por lo general cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia, al verse privados de las sustancias). (OMS-CIE 10, 1999).

ABSTINENCIA:

Se trata de un conjunto de síntomas que se agrupan según modos y niveles de gravedad diferentes que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas.

El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

Un síndrome de abstinencia, es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia, por lo cual este diagnóstico también debe ser tomado en consideración.

El diagnóstico de síndrome de abstinencia debe tener prioridad si es el motivo de la consulta y si tiene una gravedad suficiente como para requerir por sí mismo atención médica. Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo ansiedad, depresión o trastornos del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia.

Es necesario recordar que los síntomas del síndrome de abstinencia pueden inducirse por estímulos condicionados o aprendidos, aun en la ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia. (OMS-CIE 10, 1999).

En base a lo anterior el término abstinencia puede referirse a una modalidad de comportamiento ante las drogas (que sería el no consumirlas) o a los síntomas que se presentan ante la supresión brusca de algunas de ellas.

En el primer caso, el no consumo puede haber estado presente a través de toda la vida del sujeto y entonces se prefiere utilizar el sinónimo abstemio, que se aplica especialmente en lo referente al alcohol (Ej. Roberto es abstemio), pero el no consumo puede haberse establecido después de un tiempo de utilización del alcohol u otras drogas (Ej. Rolando lleva 10 años de

abstinencia después del tratamiento recibido por su alcoholismo o por su adicción al crack).

El segundo significado de la abstinencia se refiere a las manifestaciones que pueden presentarse luego de la supresión brusca del consumo de algunas drogas, y entonces se habla preferentemente de síndrome de abstinencia o manifestaciones de abstinencia.

Cuando se interrumpe el consumo de drogas como la marihuana y la cocaína las manifestaciones del usuario serán fundamentalmente de tipo psicológicas y sociales como irritabilidad, ansiedad, depresión y afectación de sus relaciones interpersonales, todas ellas de carácter transitorio y superables en solo pocos días sin mayores eventualidades, mientras que en el caso la supresión del alcohol, los derivados del opio y otros drogas, aparecerán según la intensidad de la dependencia, manifestaciones similares en lo psicosocial, pero acompañadas de síntomas y signos expresivos de la carencia "corporal" de la sustancia como taquicardia, palpitaciones, vómitos, diarreas, dilatación pupilar, subidas de la presión arterial, fiebre, secreciones nasofaríngeas, insomnio intenso, delirium, temblores severos y afectación del estado general, manifestaciones todas que con la ayuda profesional pueden evolucionar con discreta intensidad, hacia la eliminación total en solo unos días . (Gonzáles, 2011).

ABSTINENCIA CON DELIRIUM:

Trastorno en el que un síndrome de abstinencia se complica con un delirium. Los síntomas prodrómicos típicos son insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo está precedido por convulsiones de abstinencia.

La tríada clásica de síntomas consiste en obnubilación de la conciencia y estado confusional, alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso. Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo sueño-vigilia y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo. (OMS-CIE 10, 1999).

TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR EL ALCOHOL O LAS DROGAS:

Trastorno que normalmente se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, por lo general después de las 48 horas, caracterizado por alucinaciones (auditivas, pero que afectan a menudo a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis.

Suele haber claridad del sensorio, aunque puede estar presente un cierto grado de obnubilación de la conciencia, que no llega al grado de un estado confusional grave. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses. (OMS-CIE 10, 1999).

SÍNDROME AMNÉSICO INDUCIDO POR EL ALCOHOL O LAS DROGAS:

Hay un deterioro notable y persistente de la memoria para hechos recientes y la memoria remota se afecta en algunas ocasiones, mientras que está conservada la capacidad de evocar recuerdos inmediatos. También, suelen estar presentes un trastorno del sentido del tiempo, con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado y una disminución de la capacidad para aprender nuevas cosas. Puede ser marcada la presencia de confabulaciones, aunque no siempre están presentes. El resto de las funciones cognoscitivas suele estar relativamente bien conservadas.

Pautas para el diagnóstico son: Trastorno de memoria para hechos recientes (aprendizaje de material nuevo), trastorno del sentido del tiempo (alteración de la capacidad para ordenar cronológicamente los acontecimientos del pasado, aglutinación de acontecimientos repetidos en uno solo, etc.). Ausencia de alteración de la evocación de recuerdos inmediatos, menor alteración de la conciencia y en general de las funciones cognoscitivas. Antecedentes o la presencia objetiva de consumo crónico (y a dosis particularmente altas) de alcohol u otras sustancias psicótropas.

TRASTORNO PSICÓTICO RESIDUAL Y TRASTORNO PSICÓTICO DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS:

Está relacionado con el consumo de alcohol u otras sustancia psicótropa, este implica un cambio o una exageración marcada de las formas de comportamientos previas y normales, tales como trastornos cognoscitivos, afectivos, de la personalidad o del comportamiento que persisten más allá del tiempo de actuación de la sustancia. El trastorno se puede subdividir con reviviscencias, trastornos de la personalidad, afectivo, demencia u otro deterioro cognoscitivo persistente (OMS-CIE 10, 1999).

■ VI. EVALUACIÓN (III): TRASTORNOS CONCURRENTES / PATOLOGÍA DUAL

El uso de drogas está asociado con morbilidad psiquiátrica, este es un asunto común y de gran significación; cuando coexiste cualquier trastorno psiquiátrico con un trastorno por uso de sustancias hablamos de patología dual o trastornos concurrentes. Esta coexistencia se podría establecer de dos formas, la primera con una enfermedad psiquiátrica de base y después el establecimiento de la dependencia (10 al 35%) y la otra forma sería a la inversa, el establecimiento del trastorno psiquiátrico provocado por el consumo de sustancias (20 al 80%), (UNODC, 2005).

Un estudio reciente realizado por la UNAN-León con pacientes atendidos en cuatro centros de rehabilitación encontró que los trastornos concurrentes más comunes fueron, ansiedad (29.3%), depresión (24.1%), esquizofrenia (9.8%) y trastorno bipolar (2,4%). Por tanto, el personal de salud que atiende los casos de consumo de sustancias psicoactivas se sugiere estar atento ante esto hallazgos (Vásquez, 2009).

DEPRESIÓN:

Es la disminución temporal de las capacidades intelectuales, incluyendo mermas en la capacidad para concentrarse, en la capacidad de memoria, el apetito se puede ver reducido, se puede afectar el sueño, ya sea que se duerma poco o ya que se duerma demasiado. Pueden aparecer, por lo general, afectaciones de la autoestima, es decir, los sentimientos de inutilidad, de minusvalía, así como una visión desesperanzada respecto al futuro, entre otros tantos síntomas clínicos. (Otero, 2003).

Uno de los mecanismos de iniciación en las adicciones, lo constituye el sintomático, y dentro de este se incluyen los síntomas depresivos que el paciente puede llegar a vivenciar y ser impulsado a consumir los tóxicos, como vía para automedicarse o para aliviar o huir de la tristeza o, como un estimulante para enfrentar las situaciones de la vida cotidiana, desconociendo que algunos de estos tóxicos pueden producir los mismos síntomas de la depresión.

Otro aspecto importante, es la similitud que las adicciones en su desarrollo evolutivo tienen con respecto a las depresiones. En ambas ocurre una reducción de los intereses y las motivaciones, o sea el síndrome amotivacional. Drogas como la marihuana luego de un largo tiempo de consumo llegan a provocar un estado de pasividad e indiferencia con disminución de las capacidades intelectuales temporales como ocurre en las depresiones. En ambas hay afectaciones de los hábitos de higiene, estéticos y pueden aparecer sentimientos de culpabilidad así como afectaciones de la autoestima. En este sentido es muy frecuente que los pacientes que padecen de adicciones presenten depresión, ya que al experimentarse un gran número de síntomas adictivos compartidos con la depresión es muy difícil que no se instaure esta última.

Además, las presiones que ejercen sobre el adicto la familia y el entorno social por todo el conjunto de daños biológicos, psicológicos, sociales y espirituales tienden a general síntomas depresivos.

SUICIDIO:

La conducta suicida, que comprende los suicidios consumados, los intentos suicidas y los parasuicidios, constituye un problema de salud pública debido a las repercusiones bio-psico-sociales a nivel individual, familiar y sociedad en general; son diversos los factores de riesgo asociados a la conducta suicida, uno de ellos, el consumo de drogas y principalmente el alcohol son considerados por una parte como factor de riesgo y por otro como un factor precipitante.

Existen varias explicaciones sobre el por qué consumir alcohol y drogas puede ser un factor específico de riesgo en la conducta suicida: 1. Desinhiben la conducta aumentando la impulsividad para cometer el intento suicida, obviamente con la presencia de ideación suicida; 2. La intoxicación y la abstinencia pueden alterar la capacidad de juicio; 3. Presencia de un trastorno afectivo previo al consumo de alcohol que se exacerba o sino el consumo genera problemas afectivos, un ejemplo es la co-morbilidad entre depresión y consumo de sustancias, tres veces mayor que la población en general, y que se encuentra asociada a la conducta suicida, ya que en personas con dependencia al alcohol hasta dos tercios de los que suicidan presentan trastornos depresivo; 4. Los problemas familiares, laborales y

sociales como consecuencia del consumo inducen estados de depresión, abriéndose un espacio al estado de desesperanza y desesperación, factores relacionados con el suicidio (Ocampo, 2009).

Diversas investigaciones, en las últimas tres décadas, señalan que el suicidio es una de las causas de muerte más comunes entre los alcohólicos, después de los trastornos afectivos. Terroba y cols; analizaron el papel que desempeñó la ingestión de alcohol en 80 suicidios consumados, encontraron que 55% de los casos, tenían antecedentes de consumo de alcohol. De este porcentaje, el 43% eran alcohólicos de acuerdo con la aplicación con la escala de preocupación por el consumo de alcohol de Jackson, 13% se encontraban intoxicados en el momento del suicidio y 39% bebían pero no eran alcohólicos (Terroba, 1987).

Así también la relación entre conducta suicida y consumo de drogas diferentes al alcohol, es igualmente importante; estudios señalan que consumidores de drogas han tenido intentos suicidas que oscilan entre el 25 y 50%; datos en España señalan que 1 de cada 13 toxicómanos menores de 18 años han tenido por lo menos un intento suicida; la incidencia de suicidio entre consumidores de drogas se estima en 20 veces más que en población general, y el 70% de los suicidios en gente joven se asocia de alguna manera con el abuso de drogas (Shaffer, 1988).

Narváez et al. (1991), analizaron la relación del alcohol en 37 personas con intento suicida, los resultados fueron que 40% de los casos reportó haber consumido bebidas alcohólicas seis horas antes del intento, y un 27% de la muestra obtuvo estimaciones positivas (>10mg de alcohol/100 ml de sangre) en la prueba del aliento. James (1966, citado en: Ros, 1998), afirma que al menos la quinta parte de los suicidios son debidos al consumo de alcohol, ya que 20 a 64% de casos se detectó la presencia de alcohol en sangre. Narvaez, Rosovsky y López (1991) realizaron un estudio en ocho hospitales de la ciudad de México, el 40% de los casos que habían ingresado por primera vez por intentos suicidas habían ingerido alcohol dentro de las seis horas previas a su intento suicida.

Otra manera de investigar esta relación es la revisión de informes medico legales que constatan la presencia de alcohol; 4,102 autopsias entre los años 1989-1991 realizadas por el Servicio Médico Forense del estado de Jalisco, México, fueron revisadas y en ellas se determinó que en el 35% de los suicidios estaba presente el alcohol en sangre de sujetos con muerte traumática en una cantidad igual o mayor a 0.001 g/ml (Celis, 1994).

López et al. (1995). Analizaron la relación entre abuso de sustancias e ideación suicida en datos de la encuesta sobre uso de drogas en escolares en el Distrito Federal de México, encontró que 47%, presentaron al menos un síntoma de ideación suicida un año antes y el 17% pensó en quitarse la vida, concluyen que los usuarios de drogas presentaron más pensamientos suicidas que aquellos que no las usan.

Otro estudio analizó la relación entre el intento de suicidio y el consumo de alcohol en una muestra de pacientes admitidos en servicios de urgencias por haber intentado suicidarse (n=40; 21 hombres); los resultados indicaron que la proporción de intentos de suicidio fue significativamente mayor en los casos que reportaron haber consumido alcohol seis horas antes del evento (Borges, 1996).

En Uruguay, se estudió a 700 alumnos de 15 a 19 años, mostró que el 5% realizó un intento suicida, 4% tenían historia de consumo excesivo de alcohol en su familia, 33% consumían alcohol con frecuencia y 28% habían probado algún tipo de drogas, el análisis estadístico demostró asociación entre desesperanza, depresión, ideación suicida, trastornos de conducta, uso de alcohol, uso de drogas y percepción de conflictos en la familia (Bailador, 1997).

González-Forteza, Mariño, Rojas, Mondragón y Medina-Mora (1998), analizaron la relación del intento de suicidio con el malestar depresivo y el uso de sustancias en 1,848 estudiantes de educación media y media superior de la Ciudad de Pachuca, México, 45.9% fueron hombres y 54.1% mujeres, el 10% reportó haber intentado quitarse la vida; se encontró que las mujeres tienen un riesgo 2.3 veces mayor que los hombres de presentar intento suicida. Por otra parte, el 40% de los hombres y 24% de las mujeres que intentaron suicidarse, presentaron malestar depresivo elevado. El uso de sustancias (tabaco y/o alcohol en los últimos 30 días, y/o drogas ilícitas

alguna vez en la vida), estuvo presente en 52.7% de los casos de intento suicida. En los hombres que intentaron suicidarse se encontró en primer lugar el uso alguna vez de marihuana, le siguió el uso de inhalables, además de un elevado porcentaje en el consumo de cocaína. En tanto, las mujeres con intento suicida, presentaron mayor consumo de inhalables, seguidos de las anfetaminas y la marihuana. El 46.9% de los estudiantes que intentaron suicidarse habían consumido alguna droga alguna vez en su vida, se encontró prevalencias más altas de consumo entre estudiantes que intentaron suicidarse con relación a los que no lo intentaron; estas prevalencias perfilan el consumo de drogas como una factor de riesgo que puede potenciar la conducta suicida (Alcántar, 2002).

Villatoro (2003) reportó que en la población de adolescentes que han intentado suicidarse el consumo de drogas es tres veces mayor que en aquellos que no lo han hecho. Un estudio realizado en Uruguay investigo la presencia o no de intentos de auto-lesión en pacientes clasificados como dependientes y abusadores de sustancias encontrando ideación suicida en el 60% de los entrevistados y 34.7% con intentos de auto-lesión; otros resultados indican que el intento prevaleció en dependientes, desempleados, con educación secundaria y entre 20 a 29 años de edad sin diferencias en el sexo (Larrobla, 2004).

Otro estudio realizado en México, encontró que el consumo de alcohol y drogas es un factor de riesgo independiente al diagnóstico de depresión y que su consumo aumenta las probabilidades del intento suicida hasta un 3.7 veces más que en personas que no consumen y que las adicciones pueden sugerir una tendencia autodestructiva que afecta principalmente a individuos jóvenes entre los 15 a los 26 años (Jiménez, 2005).

En México otro estudio demostró que los eventos implican primero a cometer el intento suicida que ha consumir drogas, por lo que se puede afirmar que el intento y la ideación suicida incrementan el riesgo de incidir en el consumo experimental y regular de drogas; por otra parte los consumidores de drogas presentan mayor riesgo de intento e ideación suicida que aquellas que no las usan, la incidencia en la conducta suicida es 20 veces mayor entre consumidores de drogas (Gonzalez, 2006).

En Chile se realizó un estudio correlacional en 400 jóvenes entre las edades de 18 y 26 años, encontró que 21% había participado en riñas o peleas callejeras en el último año asociándose estos al consumo de 69% marihuana, 21.4% cocaína, 15.4% éxtasis y en el 11.9% asociados a intentos de suicidio (Rodríguez, 2006).

En México un estudio realizado en 10,659 estudiantes del Distrito Federal encontraron que la ideación y el intento suicida se presentaron en mayor medida en los estudiantes adolescentes que consumen drogas, principalmente inhalables, marihuana, cocaína y crack (García, 2006).

Otro estudio realizado en Bielorrusia investigó el efecto a nivel agregado de beber concentrado en la tasa de suicidios encontrando una estrecha relación entre el suicidio y la tasa de intoxicación etílica fatal lo que evidencia el modelo peligroso de beber alcohol de manera concentrada lo que lleva a una embriaguez más rápida y profunda, aumentando la propensión al suicidio relacionado con el alcohol (Razvodovsky, 2007).

Otro estudio en México determinó la relación entre consumo, número de sustancias y presencia de suicidio tomando como fuente de información el sistema de vigilancia epidemiológica de las adicciones de medicina legal en México, concluyendo que el consumo de sustancias es un factor importante vinculado con el suicidio y que un mayor número de sustancias correspondió una mayor probabilidad de muerte por suicidio, tanto en hombres como en mujeres; la sustancia más identificada en los casos de suicidio bajo el influjo de sustancias fue el alcohol (Ocampo, 2009).

Se han encontrado asociaciones entre el consumo de cannabis y la conducta suicida, tanto en población adulta como adolescente, factores de confusión impiden determinar un factor causal directo de suicidio consumado para la cannabis, existe mayor evidencia de que el cannabis actuó como un factor indirecto al generar o favorecer otras situaciones que directamente incrementarían el riesgo de suicidio tales como el consumo de otras sustancias adictivas tal como el alcohol o la aparición de patología psiquiátrica como psicosis o trastornos afectivos (Martínez, 2011).

A manera de conclusión podemos decir que existe suficiente evidencia para afirmar la relación que existe entre consumo de alcohol, drogas y suicidio; y que la prevención del consumo de alcohol mediante el fortalecimiento de los factores protectores desde etapas tempranas de la vida, puede incidir tanto en la reducción del consumo de alcohol y drogas como en la reducción de la conducta suicida.

EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA.

Existe diversos instrumentos para evaluar el riesgo de suicidio que suelen basarse, bien en la valoración directa de ideas/ conductas suicidas y/o factores de riesgo, bien en síntomas o síndromes asociados al suicidio, como la desesperanza, la depresión, etc.

Estos instrumentos son una ayuda complementaria a la entrevista y a la opinión clínica, pero nunca deben sustituirlos. Su uso no está generalizado en la práctica clínica y además existe el inconveniente de que algunos no han sido validados en muestras representativas ni en el ámbito clínico otros carecen de la adaptación y validación al idioma español.

Se ha propuesto que un buen instrumento de evaluación debiera estar diseñado según una definición operativa de la conducta suicida; incluir un sistema cuantitativo de puntuación, contar con especificaciones cualitativas sobre el nivel de riesgo para apoyar el diagnóstico y facilitar el seguimiento y también captar información sobre método, frecuencia, duración, gravedad, motivación, factores precipitantes y protectores, etc.

Factores que influyen sobre el riesgo suicida

Factores de riesgo suicida	Bajo riesgo	Alto riesgo
Edad	Menor de 40 años	Mayor de 60 años
Sexo	Mujer	Hombre
Religión	Creyente	No creyente
Estado civil	Casado	Viudo
Situación laboral	Con empleo	Sin empleo
Aislamiento social	No	Si
Salud	Buena	Mala
Toxicomanía	No	Si
Acontecimientos vitales	No	Si

Una escala recomendada en la práctica clínica es la de SAD PERSONS, Diseñada por Patterson et al. Su nombre es el acrónimo formado por la inicial de los 10 ítems que la integran. Cada ítem hace referencia a un factor de riesgo de suicidio y se valora la ausencia/presencia de cada uno de ellos puntuando 0 o 1, respectivamente. Una puntuación inferior a 2 es indicativa de bajo riesgo de suicidio, entre 3 y 4 indica un riesgo moderado, entre 5 y 6 riesgo alto y entre 7 y 10 riesgo muy alto.

Sex	Género Masculino
Age	< 20 o > 45 años
Depression	Presencia de depresión
Previous attemp	Intento de suicidio previo
Ethanol abuse	Abuso de alcohol
Rational think loss	Ausencia de pensamiento racional
Social suport lacking	Apoyo social inadecuado
Organized plan for suicide	Plan elaborado para el suicidio
No spouse	No pareja
Sickness	Problemas de salud
<p>0-2: bajo riesgo</p> <p>3-4: riesgo moderado, seguimiento ambulatorio o valorar ingreso</p> <p>5-6: riesgo alto, se recomienda ingreso, especialmente si presenta ausencia de apoyo social</p> <p>7-10: precisa ingreso</p>	

ANSIEDAD:

Es una sensación de intranquilidad, de desespero, de angustia, dificulta la concentración, es, también, una necesidad de moverse mucho, de manera constante, con relativa aceleración, que se acompaña de movimientos improductivos, así se le denomina a aquellos movimientos que no tienen otro fin que ejecutarse por gusto, ejemplo sería mover de forma constante y regular un pie, o trasladarse de un lado para otro innecesariamente. Se le atribuyen a la ansiedad el ser resultante de preocupaciones y conflictos.

Al igual que la depresión la ansiedad puede constituir un síntoma que propicie la iniciación en las adicciones. Así como, los daños a nivel biológico, psicológico y social ocasionados por la adicción pueden generar en el individuo preocupaciones y conflictos que contribuyen a que este experimente ansiedad.

La ansiedad es un trastorno que suele acompañar a muchas patologías psiquiátricas, de mayor o menor grado actuando como agravante, o sea, complicando aún más los estados de conflictos emocionales, favoreciendo que una depresión sea severa; empeora los estados de temor; propicia que alguien se comporte más irritable cuando tiene problemas; potencia la inseguridad y, en el caso de las adicciones contribuye a que la persona tenga menos control de su conducta.

Por este motivo, se le debe dedicar un tiempo en el diagnóstico del paciente a identificar la concurrencia de la misma o no con la adicción, especialmente en el síndrome de abstinencia, pues de estar presente lograr controlarla aumenta la posibilidad de éxito del tratamiento. (García P, 2008).

ESQUIZOFRENIA:

Es un grupo de trastornos que se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción (alucinaciones), el pensamiento (ideas delirantes) y las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación.

En general se conserva tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, pero con el paso del tiempo puede presentarse un déficit cognitivo. El trastorno compromete las funciones iniciales que dan a las personas normales la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí. (OMS-CIE 10, 1999).

Es posible encontrar cuadros psicóticos de larga duración de tipo esquizofrénico originados por el consumo de Cannabis Sativa que puede plantear una confusión en el diagnóstico.

Puede que sea una esquizofrenia endógena cuyo factor desencadenante es el consumo de drogas o bien puede ser una psicosis cuyo factor causal es el consumo de tóxicos, denominada psicosis cannábica. Este diagnóstico se incluye en el DSM IV y lo denomina Trastorno Psicótico inducido por sustancias. (Romero).

Un grupo de científicos de la Universidad de Cardiff realizó un estudio donde alertan del riesgo que tienen los fumadores habituales de cannabis de padecer esquizofrenia a largo plazo. Los resultados demuestran, que los fumadores habituales tienen un 30% más de posibilidades de desarrollar esquizofrenia, independientemente del uso de otras drogas psicoactivas y sin que medie ningún rasgo de la personalidad que pudiese predisponer al sujeto.

De hecho, no es la primera vez que un trabajo relaciona el cannabis con la esquizofrenia aunque en ocasiones anteriores la relación causa-efecto sí estaba mediada por el consumo de otro tipo de drogas. En esta ocasión, y durante 27 años, se evaluó a 50.087 suecos 'captados' para el proyecto mientras cumplían el servicio militar obligatorio. El 10,8% de la muestra había probado el cannabis en alguna ocasión y, de todos ellos, el 1,4% desarrolló la enfermedad en el tiempo que duró el estudio. El riesgo de padecer esquizofrenia fue mayor entre quienes admitieron haber probado la droga en más de 50 ocasiones a lo largo de su vida. (Anónimo, 2002)

El mecanismo por el que el consumo de cannabis precipita el inicio temprano de la psicosis es complejo. Se ha relacionado con el sistema de receptores cannabinoides cerebrales y sus activadores endógenos que parecen encontrarse alterados en esquizofrénicos no consumidores de cannabis.

Ya es ciencia constituida que la cannabis sativa puede formar parte de una serie de factores causales que pueden inducir la enfermedad. Así la incidencia y gravedad de la esquizofrenia aumenta en aquellos expuestos a su consumo. (Linzsen, 1994).

Un consumo repetido y precoz de cannabis en sujetos genéticamente predispuestos puede producir esquizofrenia cuyo primer episodio aparece tras uno o varios años de su uso. El riesgo de padecer cuadros psicóticos a mediano o largo plazo se relaciona también con la edad de inicio del consumo (15 años o antes). (Arseneault, 2002)

Es importante tener en cuenta que cuando la esquizofrenia coexiste con el abuso de sustancias el pronóstico no es favorable; pues los pacientes que establecen la enfermedad producto del consumo de sustancias presentan una esquizofrenia severa refractaria al tratamiento.

VII. EVALUACIÓN (IV): DIAGNÓSTICO SOCIAL

En la actualidad el modelo biologicista o modelo centrado en la enfermedad es el que impera en el sistema de salud, pero ya no logra adecuarse a las nuevas realidades del quehacer profesional; como es lo preventivo, curativo, la calidad de vida, cambios del estilo de vida, las enfermedades crónicas. Lo que queremos transmitir es la necesidad de trascender de la medicina centrada en la enfermedad a la medicina centrada en el paciente, con una intervención horizontal y cuyo diagnóstico incluye lo emocional, lo cultural y con más amplitud lo psicosocial.

ASPECTO SOCIO CULTURAL:

Determinante para las personas donde el consumo de alcohol u otras drogas es socialmente aceptado; relacionados principalmente al incremento que hay en el número de zonas de riesgos, es decir, lugares de expendios, consumo y producción de drogas ilegales, así como las legales con estrategias de mercadeo dirigidas a aumentar el consumo de alcohol y el tabaco, utilizando mensajes con una explícita asociación de diversión, recreación, uso del tiempo libre, de integración social, basados en el consumo de sustancias.

También, los niveles de pobreza, marginación, hacinamiento habitual, ausencias de opciones recreativas sanas, carencia de valores y factores socioeconómicos; son componentes indispensables a tener en cuenta al realizar diagnóstico médico social.

ASPECTO SOCIOECONÓMICO:

Interrelacionado con el factor sociocultural, es importante saber que los elevados índices de producción agrícola e industrial vinculadas a las bebidas alcohólicas y por consiguiente su elevado índice de empleo en licorerías y expendios de bebidas generan su influencia en el medio económico. Así como el turismo la gastronomía y otros. En el aspecto ocupacional las personas que trabajan en la preparación y servicios de bebidas alcohólicas constituyen grupos de riesgo.

ENTORNO FAMILIAR:

Para los jóvenes participantes en el proyecto valoran sus relaciones familiares como “Pésima” “muy mala” “todo estaba bien hasta que se fue el viejo” “el del problema soy yo” “mala relación con mis hermanos” “no paso en la casa” “no hay trabajo y por eso pelean con migo” “porque robo en la casa no me quieren” ,“atenidos unos a otros”, a la madre la consideran “criticona”, “conformista”, “no hay comunicación” “desamorada” “

Es importante indagar el proceso de desarrollo y socialización de la persona en su familia de origen, siendo la familia la que provee de valores morales, pautas de conductas y su adecuado desarrollo en la comunidad.

Existen diversos factores de riesgos como la violencia intrafamiliar, familias disfuncionales donde la carencia de afecto y desatención son evidente, antecedentes de abuso de sustancias o consumo problemático de drogas en familiares conforman un patrón referencial, en familias sobreprotectoras o permisivas en el proceso educativo, donde podrían emerger personas dependientes, inseguras, sin recursos o herramientas psicológicas para afrontar situaciones que demanden cambios, flexibilidad, readaptación u otras respuestas.

Para el diagnóstico integral es determinante tener claro que la familia representa un factor de riesgo o protector considerando este como la existencia de una buena dinámica familiar, comunicación flexible y abierta, establecimiento claro de límites y roles que permiten un buen funcionamiento, recurso familiares para enfrentar crisis, conflictos y situaciones de cambio.

MEDIOS DE COMUNICACIÓN:

Estos tienen una gran significación en el establecimiento de estilos de vida y por lo tanto, es un factor determinante en el incremento de la demanda social del tóxico a través del aprendizaje imitativo reflejada en producciones televisivas y otros medios.

ESTILOS DE VIDA:

Son comportamientos que el individuo pone de manifiesto de manera habitual y consistente en su vida, que lo predisponen en el proceso salud enfermedad hacia el mantenimiento de la salud o lo colocan en situación de riesgo para enfermarse. Es una expresión compleja de la personalidad donde se refleja la forma en que el individuo emplea su tiempo, orienta su vida social e individual y se entiende él y al mundo.

El estilo de vida de los adictos se caracteriza por reuniones con otros adictos de manera habitual para consumir de manera compartida, por un descuido de responsabilidades contraídas con la sociedad de manera progresiva, encumbrando los tóxicos concediéndoles un carácter de sentido personal, vinculándolos de manera gradual a otras actividades de la vida como pueden ser el trabajo, las actividades recreativas, entre muchas otras y así sucesivamente, van entrelazando los consumos con sus formas personales de manifestarse en la vida social, comprometiéndose con ello creencias erróneas relacionadas con los tóxicos, o sea los mitos, actitudes y representaciones sociales en general erróneas que estimulan la búsqueda de los tóxicos, ociosidad, suprimiendo a la larga las actividades de enriquecimiento personal.

Como se puede apreciar el estilo de vida de los adictos constituye en sí mismo un reforzador de la conducta adictiva en el enfermo activo, así como un factor de riesgo para la recaída en aquel que ha decidido estar en abstinencia. Por todo lo antes expuesto, es de vital importancia que en el tratamiento de las adicciones se haga énfasis en las modificaciones de los estilos de vida guiando a los pacientes a retomar el restablecimiento de sus vidas reorientando sus potencialidades al ejercicio de un adecuado estilo de vida que propicie su desarrollo personal.

Entre las recomendaciones que se les puede dar en este sentido se encuentran:

- Integrarse a una actividad de estudio o trabajo o ambas inclusive.
- Evitar relacionarse más de lo necesario con aquellos que aún están entregados al consumo de los tóxicos, sustituirlos por nuevas amistades no consumidoras.

- Realizar ejercicios de relajación, meditación.
- Participar en actividades artístico-culturales.
- Fijar un orden en cuanto a días y horarios tanto para festejar como para dedicarlo a otras actividades sociales de utilidad, planificar el tiempo y establecer reglas que debe cumplimentar y principios que habrán de regir su conducta.
- Hacer deportes o ejercicios y practicar alguna creencia religiosa

De manera general el tiempo debe de ser planificado de tal modo que implique, en principio, una real ocupación en labores edificantes, enriquecedoras, que sumen, que aporten, que le den un sentido sano a la vida. (García P, 2008). (González R. , 2009).

■ VIII. LEGISLACION

MARCO JURÍDICO

Se refiere a las acciones y disposiciones orientadas a reducir el acceso al alcohol y otras drogas. El estado nicaragüense en el marco de su política de restituir el derecho a la salud y el de incrementar el acceso a los servicios, se ha propuesto brindar atención integral a la población con adicción a sustancias psicoactivas. El Consejo Nacional Contra el Crimen Organizado (CNNCO), es el órgano rector del Estado para la elaboración, impulso y evaluación de políticas nacionales, planes y acciones preventivas y lucha contra la narcoactividad; el Consejo tendrá una representación departamental, regional y municipal. (Asamblea Nacional, 2010).

El soporte jurídico para las acciones de promoción, prevención y atención del consumo problemático de drogas en Nicaragua por el sector salud es el siguiente:

Constitución Política de Nicaragua.

Ley No 735: Ley de prevención, investigación y persecución del crimen organizado y de la administración de los bienes incautados, decomisados y abandonados y su reglamento en el Decreto No 70-2010.

Ley No 370. Ley creadora del Instituto contra el Alcoholismo y la Drogadicción.

Ley No. 423. Ley General de Salud y su reglamento en el Decreto No. 001-2003.

Ley No. 727. Ley de control del tabaco.

Ley No. 763. Ley de los Derechos de las Personas con Discapacidad. (MINSa, 2012).

IX. EVALUACIÓN (V):

EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA DEL PACIENTE ADICTO

La exploración psicológica es de gran importancia para el diagnóstico integral del paciente adicto, por lo que se debe dedicar un tiempo a precisar algunos elementos de dicha esfera.

La evaluación contempla el empleo de las pruebas psicométricas, así como el estudio social y de ser necesario, otros estudios más profundos, la precisión detallada de la adicción es el centro del estudio psicológico, pues el fin de esta evaluación es fundamentar la supuesta dependencia que presenta el paciente, o tal vez a nivel de consumo abusivo sin que haya desarrollado aún la dependencia, la presencia o no de co-morbilidad psiquiátrica, la cual incluye incluso la posible presencia de otras adicciones, de precisar las alteraciones encontradas que requieren ser corregidas, en la dimensión sintomática, la evaluación de la personalidad es sumamente importante, pues tratamos con personas y no con enfermedades aisladas.

Este último aspecto debe ser tenido en cuenta especialmente para los casos típicos, donde el motivo de consulta es sólo la dependencia, aunque siempre encontramos daños a nivel de la personalidad de cierta consideración.

En la evaluación debe de tenerse en cuenta *“...al nivel que sea factible; el factor etiológico y patogenético, eventos vitales actuales, síndromes, nosografía, diagnóstico diferencial, etapa evolutiva, repercusión social, complicaciones y actitud ante la toxicomanía.”* (González, R. 1986) y regirse por los criterios diagnósticos consensuados a tales efectos (Otero A. A. et al. 2003).

Un primer objetivo sería precisar la historia de consumo que contempla: enumeración de tipos de sustancias tóxicas que suele consumir el paciente, cantidad, frecuencia de consumo, los estilos de consumo, los medios de sostén de la adicción desde el punto de vista económico y la trascendencia socio-familiar, información referente a la tolerancia, la existencia o no de poli-consumo, pues las combinaciones de sustancias psicoactivas generan dificultades mayores al incrementarse el potencial tóxico de las mismas. La identificación de la vía patógena por la que se estableció la enfermedad, si

tiene o no crítica de la enfermedad, lo cual guarda una relación importante con la existencia o no de un compromiso con el tratamiento. Indagar sobre las repercusiones de dichos consumos sobre la salud del sujeto.

La presencia de co-morbilidad psiquiátrica requiere sobre todo, precisar si es resultante del proceso adictivo o si este último es añadidura complicada de una inicial entidad nosológica psicopatológica (Otero A.A. et al. 2003)

Las adicciones afectan de manera considerable la personalidad, durante las etapas de consumo, no solo se detiene su desarrollo, sino, que también se suelen experimentar retrocesos hacia la depauperación biológica, psicológica, social y espiritual, (González. R. 2004), estas afectaciones se pueden identificar cuando realizamos el análisis hacia los subsistemas que la integran lo que enriquece el estudio psicológico personalizándolo, y posibilitando que emerjan los objetivos terapéuticos específicos para cada paciente en particular.

Entre los subsistemas que conforman la personalidad se encuentran:

La concepción del mundo ya que el sistema de principios, valores, conceptos, creencias, mitos e ideas que tiene un sujeto acerca de las drogas pueden estar conformando representaciones sociales favorecedoras del consumo indiscriminado de las mismas.

La autovaloración que integra de modo articulado un concepto de sí mismo (cualidades, capacidades, intereses, motivos) y que está muy ligada a la autoestima, o sea a cuanto nos amamos o respetamos, y si nos aceptamos o no, la cual como sabemos puede estar afectada por exceso o por defecto, que según sea el caso, las dinámicas que se generan son diferentes y con ello contribuyen a la determinación de estilos dentro del comportamiento adictivo.

Las motivaciones que pueden estar reducidas en función del tiempo en cuanto a su cantidad, o en cuanto a su potencialidad reguladora del comportamiento, o en cuanto al predominio de motivaciones más individuales que las pro-sociales.

Los proyectos de vida ya que estos serán los que de alguna manera le brindarán dirección a la rehabilitación y que en etapa de consumo generalmente no existen o están poco estructurados.

El estilo de vida, hábitos, costumbres, ciertas amistades, empleo del tiempo, entre otros, ayudarían a la comprensión y la orientación del paciente.

La evaluación psicológica debe referir las habilidades que están en déficit en el paciente, por ejemplo, las habilidades sociales de uso, cuando presentan problemas con la asertividad, problemas de comunicación, de autoanálisis, entre otros, los cuales se aliaron de algún modo al proceso adictivo complicándolo y de esta manera, un entrenamiento en este sentido, facilitará en alguna medida una rehabilitación más integral del paciente. (Penedo, H, 2008)

Otro aspecto a tener en cuenta es el lugar de residencia del sujeto, si el mismo constituye un factor de riesgo o no para su rehabilitación y de ser necesario brindarle orientaciones al respecto.

El diagnóstico de cada una de estas áreas, es justamente lo que viene a conformar los objetivos psicoterapéuticos específicos, es la modificación personalológica lo que dará cuerpo y consistencia a la rehabilitación del adicto, pero apoyada en una precisión más rigurosa del estado de los parámetros propiamente psicológicos, en otras palabras, el diagnóstico psicopatológico es insuficiente para el trazado de la estrategia psicoterapéutica (González, R. y col 2004).

PERCEPCIÓN DE RIESGO

La percepción de riesgo en población juvenil sigue siendo un desafío para los especialistas en salud mental y adicciones. Esta conducta y poca capacidad de las personas de razonar en relación al riesgo de las sustancias psicoactivas está relacionada con una serie de circunstancias descritas a continuación, sin embargo en Nicaragua esta baja percepción está relacionado con otros parámetros ambientales tales como el acceso a las sustancias, factores mediadores familiares como la disfuncionabilidad familiar y la falta de políticas públicas alrededor de la salud mental y las adicciones.

Por otra parte, el consumo de alcohol y tabaco como drogas legales y de otras drogas ilegales representan un serio problema de salud pública debido al enorme costo social y al daño que provoca a las personas, sus familias y a la sociedad en general.

Por tanto, en base a lo anterior se hace necesario conocer: ¿Cuál es la percepción del riesgo que tienen los jóvenes de los barrios Laureles Norte y Laureles Sur sobre el consumo de drogas legales e ilegales?.

El objetivo principal del estudio realizado en estos dos barrios, fue conocer la percepción del consumo de sustancias legales e ilegales en los barrios Laureles Norte y Laureles Sur de la ciudad de Managua, este incluyó las características socio-demográficas de ese grupo, los patrones de consumo, razones de consumo y no consumo, la percepción del riesgo, conductas de riesgo y sus consecuencias.

La muestra estudiada está representada en su mayoría por hombres que proceden por igual de ambos barrios, con una media de edad de 21 años, estudiantes en centros públicos y de turno matutino, más de la tercera parte refieren estar satisfechos con sus estudios, que viven principalmente con su madre y hermanas/os.

Los datos y resultados encontrados sobre el consumo de sustancias refuerzan las tendencias ya marcadas en estudios previos de un incremento de prevalencia, principalmente de drogas legales y de inicios de consumo en edades más tempranas, así el consumo de tabaco está bastante extendido en la población estudiada, ya que el 44% de los encuestados fuman en la actualidad, los que señalan que nunca lo han probado es el 27.7%. La edad de inicio del consumo de tabaco es a los 9 años de edad y la media es de 15.61 años de edad; estos resultados denotan un incremento de la prevalencia y una edad menor de consumo con relación a los obtenidos en la encuesta nacional del consumo de drogas realizada (2006) donde se identifica una prevalencia de 16.64% de consumo de tabaco en el último mes y la encuesta de estudiantes de secundaria en Managua (2002) donde se encontró una prevalencia del 19% , ambas encuestas realizadas por el Consejo Nacional Contra Las Drogas con financiamiento de la OEA.

Como ya es conocido, el uso de alcohol se caracteriza por su concentración para el consumo los fines de semana, este patrón es diferente al consumo de alcohol durante la semana, el patrón internacional en nuestro continente es el llamado consumo en bingó, que es más de cinco tragos por sesión de consumo en hombres y más de cuatro en mujeres, el estudio encuentra que 17.3% de los que consumen alcohol lo hacen todos los fines de semana, mientras 51.1% lo hacen algún fin de semana en el último mes frente al 4.5% que lo hace todos los días y el 19.4% algún día. Este resultado relacionado al estudio de prevalencia realizado en el año 2002 en estudiantes de secundaria que fue del 20.5% y del 18.31% en el estudio de población en general en el año 2006 muestran un incremento de consumo en los últimos 30 días, estos datos son preocupantes y debe de continuar la reducción del consumo de alcohol como un objetivo principal de las campañas de prevención.

La media y el promedio de intoxicaciones en los últimos treinta días puede ser considerada alta, la media es de 2 ocasiones y el promedio de 4.49 veces, hasta un máximo de 10 ocasiones en el último mes, esto confirma la tendencia en los jóvenes de consumir de manera abusiva el alcohol lo que incrementa la mortalidad, la accidentalidad, la violencia y los miles de años de vida saludables perdidos. La edad de inicio de consumo de alcohol, que junto al tabaco son las drogas porteras más destacadas mundialmente, es de 10 años y la media de edad para empezar el consumo de bebidas alcohólicas es de 16.86 años.

Los principales motivos para el consumo del alcohol en más de la mitad de los entrevistados es para divertirse o sentir placer, sin obviar que existen otras razones tales como una opción recreativa, porque gusta su sabor y para olvidar los problemas personales y familiares. Las razones para el consumo de marihuana casi la mitad señalan que lo hacen por el deseo de pasarla bien y por tener nuevas experiencias y sensaciones, iguales razones señalan para el consumo de las otras drogas ilegales.

El patrón de drogas ilegales se investiga a través del consumo experimental, ocasional y habitual; más de la mitad de los entrevistados han consumido de forma experimental, la marihuana es la sustancia ilegal más consumida de manera experimental (20.6%), de manera ocasional en el último año (6.4%) o de manera habitual (6.4%), seguida de pastillas para dormir, crack, cocaína y

éxtasis sucesivamente. La prevalencia encontrada para la marihuana es mayor a los resultados de la encuesta nacional (2006) que fue del 0.56% en el último mes y el 1.2% en estudiantes (2002) esto nos lleva a la conclusión que el consumo de marihuana esta instaurado en esta población llegando a alcanzar porcentajes importantes de consumo.

La situación de las otras sustancias ilegales es diferente, ya que en su mayoría siguen siendo de un uso experimental, aunque hay patrones de consumo para el uso habitual, tal es el caso del éxtasis (2.9%) que no se encontró evidencia de su uso en el 2006 en la encuesta nacional y solamente del 0.4% para los estudiantes de secundaria de Managua (2002), es decir se demuestra un aumento en el consumo de esta sustancia ilegal.

Las pastillas para dormir se encuentran en 8.5% de consumo experimental, 3.6% ocasional y 2.1% habitual, no se encuentran datos sobre su uso en la encuesta de estudiantes (2002) y en la encuesta nacional de población general (2006) la encontramos en un 2.35% de manera habitual, resultados semejantes a la encuesta actual.

El crack que se encuentra su uso de manera experimental en el 7.9% de los encuestados, 2.2% de manera ocasional y 1.4% de manera habitual, siendo estas frecuencias mayores con relación a lo que se encontró de un 0.25% en la prevalencia de mes en la encuesta nacional y el 0.4% en estudiantes de secundaria (2002).

La cocaína arrojó resultados de un 5.5% para el consumo experimental y ocasional en el último año, así como el 1.4% de manera habitual datos superiores a los que se encontró una prevalencia del 0.17% en la encuesta nacional (2006) y del 0.4% en los estudiantes de secundaria de centros escolares de Managua (2002).

Las razones por la que los entrevistados manifiestan que el consumo de drogas puede suponer problemas en el caso de la marihuana es porque perjudica la salud física y mental lo que representa el 72% y el 74.7% la misma percepción para otras drogas ilegales. Las motivaciones de los entrevistados para utilizar estas drogas, son para el caso de la marihuana 47.8% lo hace por el deseo de pasarla bien, seguidos en el 32.6% de tener nuevas experiencias y sensaciones, así como para relajarse y desinhibirse

(28.3%); en el caso del consumo de otras drogas ilegales prevalece el deseo de pasarla bien (45.3%), de tener nuevas experiencias y sensaciones (35.8%) y relajarse y desinhibirse en el 26.4% de los entrevistados.

Los resultados indican que la combinación de diferentes drogas es un patrón bastante habitual de uso de sustancias entre los entrevistados (48.9%). La combinación más frecuente es el alcohol y el tabaco (91.2%), seguido de alcohol y marihuana (el 25 %), marihuana y crack (7.4%) y crack y alcohol en el 4.4% de los entrevistados que aceptaron hacer mezclas en su consumo. Este factor del policonsumo es, sin duda, un factor de riesgo que incrementa la probabilidad de aparición de problemas asociados a los efectos de las sustancias.

Sobre las razones del no consumo de marihuana los entrevistados señalan en su mayor parte por que perjudican la salud física y mental y por que pueden crearle problemas personales, familiares, laborales y escolares iguales razones señalan para el no consumo de otras sustancias ilegales. Los no consumidores de marihuana tienen la percepción de que perjudica la salud física y mental (72%), porque sienten que no les hace falta (51.6%) y por que pueden crear problemas personales, familiares, laborales o escolares (37.6%); de quienes no consumen otras drogas ilegales los motivos son similares, el 74.7% no lo hace porque perjudica la salud física y mental, se siente bien y no les hace falta (50.6%) y porque crean problemas personales, familiares, laborales y escolares, respuestas recogidas en el 38.6% de los entrevistados. Las drogas que se perciben como más peligrosas son el crack, seguida de anfetaminas, éxtasis, cocaína, tranquilizantes, las drogas legales son en general consideradas menos peligrosas que las ilegales.

La actitud de aprobación o rechazo hacia el consumo de drogas se investiga a través de su aprobación, rechazo y ni lo uno ni lo otro. Las drogas más aprobadas en su consumo de alguna vez es la marihuana seguida para pastillas para dormir y de mayor rechazo es el crack. Con relación al consumo habitual lo más permitido es el consumo de alcohol los fines de semana, seguido del fumado y beber alcohol diario; lo que más se rechaza es el crack y la cocaína.

La percepción de riesgo que se atribuye al consumo de las sustancias legales (alcohol y tabaco) es menor con relación a las denominadas drogas ilegales. Sobre las consecuencias del consumo del alcohol una tercera parte señalan que le ha provocado problemas con sus padres y hermanos y otra tercera parte refiere que no le genera ningún tipo de problema. En efecto, destaca el alto porcentaje de jóvenes que consideran al tabaco y al alcohol como drogas que no provocan problema alguno, con tabaco 15.6% y el 26.2% para quienes consumen 5 o 6 tragos de alcohol en el fin de semana, uno de los patrones de consumo más dañinos destacado por la OPS/OMS. Otro dato destacable, y que está en consonancia con otros estudios previos, es la baja percepción de problemas con el consumo de marihuana (18.1%), pastillas para dormir (14.2%) y cocaína (8.5%). Quizás, mensajes ambiguos o contradictorios acerca de los efectos saludables del consumo de alcohol sean una de las posibles causas de la baja peligrosidad percibida de estas sustancias, es importante destacar que esta es una variable que se debe de tomar en cuenta en todo tipo de campaña informativa o preventiva acerca del uso de esta sustancia, toda vez que los efectos positivos sobre la salud solo están presentes cuando el consumo no excede media copa de vino tinto cada segundo día y superada esa cifra los efectos inocuos pero ya no preventivos solo se aprecian en los bebedores sociales.

Los resultados de este estudio revelan que el 95% reconoce que algunos efectos como la goma, mareos y los vómitos son molestos, el 90.1% opina que el consumo provoca accidentes graves, otro 90.1% opina que provoca efectos negativos en la vida familiar y el 89.2% opina que es malo para la salud, estos datos refutan la permisividad entre un grupo de entrevistados hacia el consumo de alcohol con la consiguiente disminución de la percepción de riesgo.

Las conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas más frecuentes tienen que ver con el manejo de vehículos. Así, la conducta de riesgo más frecuente es conducir un vehículo bajo los efectos del alcohol o de otras drogas (el 27% de los encuestados) o montarse en alguna ocasión como pasajero en un coche conducido por alguien que estaba bajo los efectos de las drogas (el 58.9%). Por otra parte, un porcentaje importante de los encuestados (el 34.8%) manifiesta haber mantenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol o drogas, y de ellos el 5.75% nunca toman precauciones en sus relaciones sexuales y el 12.8% rara vez.

Los entrevistados perciben que tienen un alto nivel de información sobre las drogas, sus efectos y problemas asociados (57.5%). Las principales vías por las que han recibido información son la TV y los medios de comunicación (42.6%), los padres (36.2%) y amigos (el 34%).

Un 82.1% de los encuestados manifiesta haber recibido información sobre las drogas en su actual aula de clase, siendo las vías más utilizadas para abordar el tema las charlas o conferencias (78.3%).

Por otra parte, la percepción de facilidad para acceder a las distintas drogas los entrevistados señalan que lo más fácil de conseguir es el alcohol (90.1%), seguido de tabaco (89.3%), marihuana (72.9%), pegamento (62.1%), gasolina (58.9%) y crack el 57%, llama la atención que el acceso a la marihuana y el crack como sustancias ilegales más de la mitad de los entrevistados señalan la facilidad para obtenerlas, esto puede suponer que la vulnerabilidad de estos barrios es fácil encontrar las sustancias, que existe poco control sobre la distribución y venta por parte de autoridades y que prácticamente no ven dificultad alguna para obtener el alcohol.

El consumo de drogas está muy extendido entre los amigos y compañeros. Así, el 64.5% manifiestan que todos o la mayoría de sus amigos han tomado bebidas alcohólicas durante el último mes, y que únicamente en el 5.7% de los encuestados ninguno de sus amigos ha consumido alcohol. El 69.5% afirma que todos o la mayoría de sus amigos han fumado cigarrillos en el último mes. Destaca el alto porcentaje de consumo de marihuana entre los amigos de los encuestados, llegando al 23.6%, en conclusión el consumo de drogas en amigos es referido en más de la mitad de los entrevistados para fumar cigarrillos, tomar bebidas alcohólicas, consumir marihuana, la droga que es reportada con más frecuencia que no es consumida por los amigos son los hongos, seguida de anfetaminas y éxtasis.

Respecto a las expectativas de los jóvenes sobre sus intenciones futuras de consumo de drogas y alcohol los resultados con relación al tabaco nos muestran que el 47.5% señalan que consumen pero piensan dejarlo; igual para el alcohol en el 43.3%; sobre la marihuana el 69.5% del total de entrevistados señalan que no consumen y piensan no hacerlo, igual para la cocaína en el 85.8%, el crack en el 87.2%, el 85.8.5 para las pastillas para dormir, el 92.2% para el pegamento, el 92.9% para la gasolina, el 91.5% para

el éxtasis e igual porcentaje para las anfetaminas, destaca el alto porcentaje de consumidores de alcohol que piensa seguir consumiendo.

RESILIENCIA

Como trabajadores de la salud es importante indagar sobre el desarrollo psicosocial del adicto pero también enfatizar en sobre determinados aspectos ligados a la personalidad en este caso la Resiliencia. se ha observado a lo largo del tiempo como algunos seres humanos logran superar condiciones severamente adversas y que, inclusive, logran transformarlas en una ventaja o un estímulo para su desarrollo bio-psico-social.

¿Que es Resiliencia?

La Resiliencia es un llamado a centrarse en cada individuo como alguien único, es enfatizar las potencialidades y los recursos personales que permiten enfrentar situaciones adversas, traumáticas y salir fortalecido, a pesar de estar expuesto a factores de riesgo.

El término Resiliencia fue adoptado por las ciencias sociales para caracterizar a aquellos sujetos que, a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos.

La Resiliencia se sustenta en la interacción existente entre la persona y el entorno. Por lo tanto, no procede exclusivamente del entorno ni es algo exclusivamente innato. La separación que hay entre cualidades innatas e influencia del entorno es muy ilusoria, ya que ambos niveles necesitan crecer juntos, en interacción.

Dado ese proceso continuo que se desarrolla entre persona y entorno, es muy fácil entender que la resiliencia nunca es absoluta ni terminantemente estable; entonces es preciso dirigir nuestros esfuerzos hacia la comprensión de los mecanismos que actúan a nivel individual, familiar y comunitario.

Considerando la necesidad de alcanzar el máximo potencial de cada individuo en la interacción de las características personales con un ambiente facilitador. Esto se da a través de un proceso en espiral donde las distintas etapas del ciclo vital se van reactualizando en el logro de la siguiente.

Por tanto, se entiende como la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas.

Individuos resilientes:

Son aquellos que al estar insertos en una situación de adversidad, es decir, al estar expuestos a un conglomerado de factores de riesgo, tienen la capacidad de utilizar aquellos factores protectores para sobreponerse a la adversidad, crecer y desarrollarse adecuadamente, llegando a madurar como seres adultos competentes, pese a los pronósticos desfavorables. Más allá de los efectos negativos a los que las personas están expuestas, existen factores internos que resultan protectores:

Autoestima estable: Es la base para que la persona salga adelante; además, es consecuencia del cuidado afectivo, por parte de un adulto, que a ella le signifique algo.

Introspección: Es la habilidad de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta. Depende de la solidez de la autoestima que se desarrolla a partir del reconocimiento del otro.

Autonomía: Es la capacidad de fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas, de mantener distancia emocional y física sin aislarse.

Capacidad de relacionarse: Es la habilidad para establecer lazos con otras personas; primero, para satisfacer la propia necesidad de afecto y segundo, para brindárselo a otros.

Humor: Encontrar lo divertido de la vida, incluso en situaciones problemáticas.

Creatividad: La capacidad de lograr algo novedoso a partir del caos y el desorden.

Capacidad de pensamiento crítico: Permite analizar con razón y lógica las causas y responsabilidades de la adversidad que se sufre y se propone modos de enfrentarla y cambiarla

La Resiliencia puede verse también como una estrategia de afrontamiento, bien como dimensión de afrontamiento, como habilidad de solución de problemas y autorregulación, bien como contribuyendo a la competencia de afrontamiento, como la autonomía, la inteligencia y la competencia social.

■ X. AYUDANDO A UNA PERSONA CON ADICCIÓN

Para los jóvenes participantes en el proyecto siempre hay proyectos: Pienso salir de las drogas “hacer mi familia “buscar trabajo” “estudiar pintura” “dejar de robar”, “dejar el vicio” “buscar ayuda para dejar el vicio pero después”, pero también existes factores que impiden un cambio “La droga misma” “los amigos de consumo” “los expendios que están cerca de la casa” “la misma adicción “

LA COMUNICACIÓN

La relación equipo de salud-paciente-familia se debe caracterizar por una comunicación sin barreras, teniendo en cuenta las posibles resistencias y/o mecanismos de defensa que suelen establecerse en la entrevista a los sujetos que padecen una adicción. El establecimiento de una buena comunicación requiere tanto del conocimiento de estrategias, como de las actitudes que subyacen en ella. Con el propósito de establecer un vínculo más horizontal y humanista es necesario tener en cuenta los siguientes elementos:

- Ser empático
- Evitar mentir
- Sugerir
- Preguntas abiertas
- Escuchar
- Esperar
- Facilitar la expresión de la emoción
- Acompañar las malas noticias con soluciones
- Describir
- Especificar y priorizar
- Personalizar
- Expresar sentimientos

En la comunicación no verbal es importante prestar atención a los indicadores que pueden transmitir emociones y sentimientos de valor diagnóstico:

- Mirada
- Tono de voz

- Expresión de la cara
- Postura
- Gestos
- Silencios

La escucha activa comprende técnicas como:

- Indicar al interlocutor interés y entendimiento sobre lo que está diciendo.
- Deje hablar a su interlocutor.
- Pida aclaraciones.
- Deje que haya silencios en la conversación.
- Repita contenidos importantes.
- Anime a su interlocutor a seguir hablando.
- Verbalice.
- Manifieste su interés con sus gestos.

ACTITUD PSICOTERAPÉUTICA:

El personal de atención primaria debe de desarrollar habilidades básicas con el fin de que la atención a las personas con problemas de adicción sea efectiva, esta se refiere a la calidad de la relación interpersonal que se establece entre el trabajador de la salud y la persona, la calidad de esta relación se debe de caracterizarse por:

Ponerse en su lugar (empatía).

- Sentir como él.
- Respeto
- Escucha atenta
- No juzgar
- Disposición de ayudarlo cuando enfrentan dificultades.

Es importante tomar en cuenta que su gestión es altamente valorada por el usuario, el cual al mismo tiempo que lo respeta y admira, espera una conducta acorde con su importante papel social, por lo que debe de ser consecuente y responsable con la información que trasmite. La situación profesional más frecuente es de entrega, de disposición para la relación de ayuda, sin esperar nada a cambio, pues en esta relación no se produce un

intercambio recíproco de información, solidaridad y comprensión como en las relaciones interpersonales convencionales. Además, esta relación exige un planeamiento de todas sus acciones, ya que el no hacerlo lo coloca en riesgo de cometer una iatrogenia.

Es fundamental que se otorgue un alto valor al establecimiento de esta relación, pues desarrollar relaciones profesionales en forma exitosa incrementa de manera directa sus potencialidades preventivas, diagnósticas, curativas y rehabilitadoras.

Se debe de tener una actitud de respeto absoluto por la dignidad del usuario involucrándose en su bienestar y desarrollo por lo que le corresponde tener en cuenta en su quehacer tanto sus objetivos, de establecer una buena comunicación que le permita diagnosticar y tratar la afección motivo de consulta, como los del paciente, de aliviarse, rehabilitarse, saber qué tiene y cuál es su pronóstico. Imprescindible una actitud favorable hacia el cumplimiento de los principios éticos de autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia, así como cumplir con la regla de oro de comportarse ante el usuario como quisiéramos que se comportaran con nosotros si estuviésemos en su lugar.

Se debe de colocar junto a la persona en el enfrentamiento de su problemática manteniendo una actitud de atenta escucha, demostración de sincero interés por ayudarlo y un trato afable conservando su posición de superioridad ante el paciente únicamente en lo relacionado con su condición de experto en salud.

Todo este proceso está relacionado con la comunicación, siendo importante que se capte los mensajes del usuario y sea capaz de controlar los que emite por las diferentes vías de comunicación: verbal, extra verbal, táctil e instrumental.

Al comunicarse debe de tener en cuenta el nivel sociocultural del usuario, para que este no se convierta en una barrera que impida la adecuada decodificación del mensaje, o conlleve a un distanciamiento del médico y el enfermo. (González R. , Terapeutica Psiquiatrica Integral, 2008).

CONSEJERÍA NO DIRECTIVA:

Sucede con frecuencia que pedimos el consejo de otra persona con mayor experiencia, con la esperanza de que esta persona nos diga qué tenemos que hacer. Esta persona actúa como consejero, decide cuál es la mejor manera de actuar en base a su propia experiencia y espera que la persona aconsejada haga lo que se le ha dicho de manera directiva; no trata de entender por qué se dio esta situación ni qué consecuencias tendrán las acciones sugeridas.

La consejería sobre la cual hablamos aquí no significa "dar consejos" en el sentido estricto de la palabra, la consejería (en el sentido técnico de counselling) es un proceso de doble dirección, es una interacción entre dos personas, *el consejero y la persona aconsejada*. La persona aconsejada busca al consejero para que la ayude con un problema (o varios problemas) y el consejero ayuda a la persona a tratar el problema por medio del proceso de consejería.

Se trata de ayudar a la persona a sentirse menos desamparada. A través de la consejería se pretende apoyar a la persona aconsejada a:

- Tomar más conciencia de sí misma aceptando sus debilidades e identificando sus fortalezas.
- Formarse una imagen más clara de los problemas que enfrenta.
- Tomar en cuenta las diferentes opciones de acción y decidir por sí misma qué hacer para cambiar la situación.

De esta manera la consejería ayuda a la persona a desarrollar su auto estima, confiar en su habilidad de asumir responsabilidad para su vida y tomar decisiones propias sobre su futuro en vez de echar la culpa a la situación u otras personas.

Los objetivos principales de la consejería son ayudar a la persona a:

- identificar sus fortalezas personales.
- identificar los obstáculos para usar estas fortalezas.
- averiguar qué tipo de persona quiere ser.
- averiguar qué puede hacer para mejorar la situación/el problema.

La consejería efectiva logra que las personas exploren un problema en todas sus dimensiones sin que el consejero introduzca sus propias ideas sobre el asunto. Para esto se requieren algunas habilidades específicas: atención, habilidad de preguntar con preguntas abiertas o cerradas, habilidad de observación y saber utilizar palabras de animación y parafraseo, enfatizar y reflejar sentimientos

Por su parte el consejero debe reunir ciertas características: saber escuchar, ser empático, no juzgar, generar confianza, tener paciencia, saber observar,

ENTREVISTA MOTIVACIONAL:

Es una técnica de ayuda que está fundamentada en cuatro principios: *expresar empatía; desarrollar la discrepancia (inconsistencia entre las metas y el comportamiento); trabajar la resistencia y apoyar el sentido de auto-eficacia.*

Es un estilo de interacción directiva, centrada en la persona, encaminada a ayudar a las personas a explorar y resolver su ambivalencia frente al uso de sustancias y comenzar a hacer cambios positivos, procura generar o aumentar la resistencia para trabajar sobre ellas, animar al consultante a hablar del cambio, elevar la motivación y el compromiso para cambiar y ayudar al consultante a avanzar a través de las etapas del cambio. (UNODC, 2005).

Constituye una forma de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes, útil con las personas que son reticentes a cambiar y que se muestran ambivalentes ante el cambio, porque ayuda a resolver la ambivalencia propiciando el progreso de la persona de una etapa a otra en el proceso de cambio.

La estrategia está dirigida a crear la motivación para el cambio analizando y devolviendo las percepciones al paciente sin etiquetar, ni corregir. En esta se estimulan estrategias posibles; pero el proceso de resolución de problemas surgen del propio paciente, al igual que a él le corresponde la elección del método de cambio. La misma actúa con una idea clara del objetivo que se debe alcanzar, cuenta con estrategias y habilidades concretas para alcanzar

dicho objetivo, y un sentido claro de la temporalización a la hora de intervenir de una forma concreta en momentos determinados.

Para algunas personas, esto es todo lo que realmente necesitan. Una vez que se desbloquean, dejan la inmovilización de los conflictos motivacionales y recuperan las habilidades y recursos que necesitan con el fin de llevar a cabo un cambio duradero. Para otros, la entrevista motivacional es sólo un prelude para el tratamiento, ya que crea una apertura para el cambio que prepara el terreno para el trabajo terapéutico posterior.

En la entrevista motivacional, el terapeuta no asume un rol autoritario, si no que busca crear una atmósfera positiva para el cambio. El objetivo global consiste en aumentar la motivación intrínseca del paciente, de manera que el cambio surja de dentro sin forzarlo desde fuera, fomentando así la auto eficacia del paciente. Cuando este enfoque se aplica adecuadamente, el paciente presenta las razones para cambiar y no el terapeuta.

Las estrategias de la entrevista motivacional son más persuasivas que coercitivas, más de apoyo que de discusión. Los pacientes son siempre libres de aceptar nuestros consejos o no. Esto evidentemente no significa que los terapeutas no tengan utilidad o no sean capaces de poder ayudar. Por el contrario, algunas investigaciones indican que los terapeutas ejercen un sorprendente grado de influencia sobre el hecho de si sus pacientes cambiarán o no pues le corresponde al terapeuta buscar en forma sistemática el camino hacia la motivación ofreciendo consejos y retroalimentación (feefback) cuando es necesario y adecuado.

Es el terapeuta en encargado de amplificar los conflictos para evidenciar la discrepancia con el fin de aumentar la motivación al cambio, esto siempre desde una reflexión empática. (Rivera). (Miller, 1995).

INTERVENCIÓN BREVE:

Estudios de alto rigor científico han demostrado que las intervenciones breves son benéficas ante problemas de abuso de alcohol y otras drogas. Una orientación breve (5 minutos) puede ser tan buena como 20 minutos de consultoría, lo cual la hace muy eficiente.

Las IBs son útiles para personas que necesitan ayuda, pero que quizás no la buscarían en entidades que trabajan en abuso de drogas, permite retroalimentación a la persona sobre riesgos o daños potenciales, responsabilidad sobre el cambio a cargo de la propia persona; orientación para el cambio brindada por el profesional; menú de alternativas de autoayuda u opciones de tratamiento.; empatía en la actitud del profesional; autoeficacia o empoderamiento; optimismo inculcados en el paciente.

Cinco pasos básicos: *Plantear el tema en el marco de la salud del paciente/consultante; examinar y evaluar; brindar retroalimentación; hablar sobre el cambio y definir metas; Síntesis y conclusión.* (OMS, 1996).

Los modelos de Intervención Breve han sido propuestas entre los distintos grupos de trabajo, más habitual para la identificación y manejo de los problemas relacionados con el consumo de drogas, a efectos de actuar con objetivos de prevención secundaria, identificación temprana del problema y minimización del posible daño.

Se trata de actuaciones poco costosas, cortas en tiempo (en torno a 10-15 minutos), de consejo, realizadas por un no especialista, con una función básicamente informativo-educativa y pretendidamente integrables en la práctica clínica cotidiana, especialmente en el ámbito de la atención primaria.

La intervención breve es algo más que la práctica de un simple consejo, más/menos inespecífico. En general se ha focalizado en aumentar la conciencia del problema mediante una adecuada identificación e información y aconsejar estrategias específicas adaptadas al sujeto.

La intervención breve como proceder terapéutico en la atención primaria de salud es una herramienta de comprobada efectividad en población de riesgo en este nivel de atención. (Rodríguez-Martos. Santamariña) (Díaz) (Rodríguez-Martos, 2002).

■ XI. INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN

Esta sección pretende dotar al profesional de la salud de instrumentos que apoyen su evaluación, para confirmar el diagnóstico de uso indebido de alcohol y otras drogas, determinar el riesgo y orientar la intervención que se debe de ofrecer.

1. CAGE: (Ewing y Rouse, 1968; Mayfield 1974), formado por cuatro preguntas que se responden (sí / no); permite detectar consumo riesgoso de alcohol e indaga sobre la necesidad de suspender la bebida, signos de dependencia y problemas asociados. Su uso es común en contextos de atención primaria; puede ser auto-aplicado, o mediante entrevista; se usa con adultos / adolescentes mayores de 16 años; es sensible en general, pero insuficiente con mujeres.
2. Cuestionario de Indicadores diagnóstico (CID). Desarrollado y validado por el Dr. Ricardo González Menéndez en el Servicio de Toxicomanía del hospital Psiquiátrico de la Habana, Cuba.
3. AUDIT: (OMS, 1989, 1992). Formado por 10 preguntas, permite identificar uso problemático y dependencia, se usa en adolescentes y adultos; presenta alta sensibilidad con muchas poblaciones, incluyendo grupos étnicos; puede ser auto aplicado.
4. ASSIT: Desarrollado por la OMS, contiene ocho preguntas sobre alcohol, tabaco/cigarrillo y drogas ilícitas (incluyendo drogas inyectables), usadas a lo largo de su vida y consumidas en últimos tres meses; da información sobre consumo peligroso, perjudicial y dependencia; desarrollado para ser aplicado en atención primaria y su aplicación es mediante entrevista. (OMS, 2003).

CAGE

C: ¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?

Si__ No__

Busca intentar reducir el consumo de alcohol y revela los problemas individuales que surgen del abuso.

A: ¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?

Si__ No__

Encubre las consecuencias sociales negativas del consumo abusivo de alcohol y es el menos sensible y específico de los ítems.

G: ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?

Si__ No__

Los sentimientos de culpa pertenecen a la dimensión psicopatológica del consumo excesivo de alcohol y son realmente frecuentes en estos trastornos.

E: ¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?

Si__ No__

Patognomónico de Dependencia.

Calificación:

- 0-1** Bebedor social;
- 2** Consumo de alto riesgo. Sensibilidad >85% y especificidad del 90% para el diagnóstico de abuso/dependencia;
- 3** Consumo perjudicial;
- 4** Dependencia alcohólica. Especificidad alrededor del 100%.

Una respuesta positiva para al menos dos preguntas se ve en la mayoría de pacientes con alcoholismo, mientras que en las cuatro se ven en el 50%. Alrededor del 80% de las personas no alcohólicas tienen respuesta negativa en las cuatro preguntas.

CID:

CUESTIONARIO DE INDICADORES DIAGNÓSTICO (CID)

1. ¿Considera usted que su forma de beber está creándole dificultades en su salud, en su familia, en su trabajo o en sus relaciones con sus vecinos? SÍ o NO.

2. ¿Considera usted que tiene dificultades para controlarse cuando bebe? SÍ o NO.

3. ¿Cuándo está más de dos días sin beber aparecen malestares por la falta de bebidas alcohólicas? SÍ o NO

4. ¿Se embriaga usted más de una vez al mes (más de doce veces al año)? SÍ o NO

5. ¿Se ha despertado alguna vez y no recuerda lo ocurrido el día anterior mientras bebía? SÍ o NO

6. ¿Cree usted que bebe más de la cuenta? SÍ o NO

7. ¿Considera usted que debía recibir ayuda médica para tomar menos? SÍ o NO.

En forma aproximada podríamos establecer las siguientes equivalencias:

- a) Consumo social o bebedor social de 0-1 respuestas positivas.
- b) Consumo de riesgo de 2-3 respuestas positivas.
- c) Consumo perjudicial de 4-5 respuestas positivas.
- d) Dependencia alcohólica de 6-7 respuestas positivas.

AUDIT

Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol.

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

<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p> <p>(0) nunca (pase a las preguntas 9-10)</p> <p>(1) una o menos veces al mes</p> <p>(2) 2 a 4 veces al mes</p> <p>(3) 2 o 3 veces a la semana</p> <p>(4) 4 o más veces a la semana.</p>	<p>6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?</p> <p>(0) nunca</p> <p>(1) menos de una vez al mes</p> <p>(2) mensualmente</p> <p>(3) semanalmente</p> <p>(4) a diario o casi a diario.</p>
---	---

<p>2. ¿Qué cantidad de tragos de bebidas alcohólicas suele consumir en un día normal?</p> <p>(0) 1 o 2</p> <p>(1) 3 o 4</p> <p>(2) 5 o 6</p> <p>(3) 7, 8 o 9</p> <p>(4) 10 o más</p>	<p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p> <p>(0) nunca</p> <p>(1) menos de una vez al mes</p> <p>(2) mensualmente</p> <p>(3) semanalmente</p> <p>(4) a diario o casi a diario.</p>
<p>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</p> <p>(0) nunca</p> <p>(1) menos de una vez al mes</p> <p>(2) mensualmente</p> <p>(3) semanalmente</p> <p>(4) a diario o casi a diario.</p>	<p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que había sucedido la noche anterior porque había estado bebiendo?</p> <p>(0) nunca</p> <p>(1) menos de una vez al mes</p> <p>(2) mensualmente</p> <p>(3) semanalmente</p> <p>(4) a diario o casi a diario.</p>
<p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que comienza?</p> <p>(0) nunca</p> <p>(1) menos de una vez al mes</p>	<p>9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?</p> <p>(0) no</p>

<p>(2) mensualmente</p> <p>(3) semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario.</p>	<p>(2) sí, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) sí, en el último año</p>
<p>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p> <p>(0) nunca</p> <p>(1) menos de una vez al mes</p> <p>(2) mensualmente</p> <p>(3) semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario.</p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?</p> <p>(0) no</p> <p>(2) sí, pero no en el curso del último año</p> <p>(4) sí, en el último año</p>
<p>Puntuación Total: _____</p>	

Los puntos de corte son:

Consumo de riesgo/ perjudicial: >y/o=8; riesgo en mujeres = 6; riesgo en mayores de 60 años = 5; dependencia = 12

Nivel de riesgo	Intervención	Puntaje
Zona I	Educación	0-7
Zona II	Consejo	8-15
Zona III	Consejo simple mas Intervención Breve y Monitoreo	16-19
Zona IV	Derivar a especialista	20-40

El valor de corte de la puntuación del AUDIT puede variar ligeramente dependiendo de los patrones de consumo del país, el contenido de alcohol de las bebidas habituales, y el tipo de programa de screening.

El juicio clínico debe ejercitarse en los casos en los que la puntuación del paciente no sea consistente con otras evidencias, o si el paciente tiene antecedentes de dependencia de alcohol. También puede ser conveniente revisar las respuestas del paciente a las preguntas individuales relacionadas con síntomas de dependencia (preguntas 4, 5 y 6) y problemas relacionados con el alcohol (preguntas 9 y 10). Proporcione el nivel máximo de intervención a los pacientes que puntúan 2 o más en las preguntas 4, 5 y 6, o 4 en las preguntas 9 y 10.

ASSIT

(Alcohol, smoking, and Substance involvement Screening Test): Test de consumo de Alcohol, Tabaco y otras sustancias. (UNODC, 2005).

Pregunta No 1. (Use tarjeta de drogas a evaluar)

¿A lo largo de su vida cual de las siguientes sustancias ha consumido alguna vez?

(Nota: si la persona responde NO para todas las sustancias se debe de suspender la entrevista)

Pregunta No. 2. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha consumido cada una de las sustancias que mencionó (*primera sustancia, segunda, etc.*)?

(Nota: La pregunta No 2 se hace a cada sustancia consumida. Si la respuesta en NO se avanza a la pregunta No 6).

Pregunta No. 3. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido un deseo intenso o ansias de consumir? (*primera sustancia, segunda, etc.*)

Pregunta No. 4. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas de salud, sociales, legales o económicos por consumir (*primera sustancia, segunda, etc.*)?

Pregunta No. 5. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por consumir (*primera sustancia, segunda, etc.*)?

Pregunta No.6. ¿Un amigo, un familiar o alguien más ha mostrado preocupación alguna vez por su consumo de (*primera sustancia, segunda, etc.*)?

Pregunta No.7. ¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o suspender el consumo de (*primera sustancia, segunda, etc.*) y no lo ha logrado?

Pregunta No. 8. ¿Ha consumido alguna vez una droga por vía inyectada para uso no médico?

Tarjeta de Drogas a evaluar:

a. Tabaco (cigarrillos, habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, aguardiente, ron, tequila, whisky, otros licores destilados, etc.)
c. Cannabis (marihuana, hierba, hachís, etc.)
d. Cocaína (coca, bazuco, crack, paco, etc.)
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)
f. Inhalantes (pegantes, solventes, gasolina, etc.)
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (diazepam, flunitrazepam, alprazolam, bromazepam, Lorazepam, clonazepam, etc.)
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, hongos, mezcalina, etc.)
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, oxicodona, fentanilo, etc.)
j. Otras drogas: especifique

Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 2 – 5)

Nunca: no he consumido en los últimos 3 meses.

Una o dos veces: 1-2 veces en los últimos 3 meses.

Mensualmente: 1 a 3 veces en el último mes.

Semanalmente: 1 a 4 veces por semana.

Diariamente o casi a diario: 5 a 7 días por semana.

Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 6 - 8)

No, nunca

Si, pero no en los últimos 3 meses

Si, en los últimos 3 meses

Para evaluar la puntuación:

Alcohol	Todas las otras sustancias	Nivel de riesgo
0-10	0-3	Bajo (Brindar orientación)
11-26	4-26	Moderado (Intervención breve [IB])
27+	27+	Alto (IB + Remisión)

Otra forma de evaluar la puntuación:

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

	Registre la puntuación para sustancia específica	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. tabaco		0 – 3	4 – 26	27+
b. alcohol		0 – 10	11 – 26	27+
c. cannabis		0 – 3	4 – 26	27+
d. cocaína		0 – 3	4 – 26	27+
e. anfetaminas		0 – 3	4 – 26	27+
f. inhalantes		0 – 3	4 – 26	27+
g. sedantes		0 – 3	4 – 26	27+
h. alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27+
i. opiáceos		0 – 3	4 – 26	27+
j. otras drogas		0 – 3	4 – 26	27+

▪ XII REFERENCIAS

American Psychological Association. (2004).

Alcántar, M. (2002). *Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar*. México, Distrito Federal: UNAM.

Alcántar, M. (2002). *Prevalencia del intento suicida en estudiantes adolescentes y su relación con el consumo de drogas, la autoestima, la ideación suicida y el ambiente familiar*. México, Distrito Federal: UNAM.

Alemán, L. (2012). *Entrevistas a jóvenes con adicción*. Managua.

Anónimo. (22 de Noviembre de 2002). *Un porro a la semana aumenta el riesgo de Esquizofrenia y Depresión*. Recuperado el 29 de Octubre de 2012, de elmundo.es:

http://www.elmundo.es/elmundosalud/2002/11/22/salud_personal/1037898709.htm

Arseneault, L. C. (2002). Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ* .

Asamblea Nacional. (2010 йил 10-October). Ley 735. *La Gaceta Diario Oficial* , pp. 5635-5670.

Bailador, P. V. (1997). Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo. *Revista Medica Uruguay* , 213-223.

Borges, G. R. (1996). Suicide attempts and alcohol consumption in an emergency room sample. *Journal of Studies on alcohol* , 543-548.

Caldera, T. (2004). Parasuicide in a low-income country: results from three-year hospital surveillance in Nicaragua. *Scand J Public Health* , 349-355.

Campa, G. (2000). *Algunas consideraciones teóricas acerca de la evolución y desarrollo de los fenómenos psíquicos*. La Habana.

Celis, A. R. (1994). Alcohol y muerte traumática en Jaliisco. (I. N. Pública, Ed.) *Salud Pública de Mexico* , 36 (3), 269-274.

Diaz, J. G. (n.d.). Intervención breve en Cantabria en problemas relacionados con el alcohol.

Fernández, L. (2002). *Pensando en la personalidad*. La Habana.

Garcia P, H. (2008). *Dinamica psicológica del adicto*. La Habana: Científico Técnica.

García, N. (2006). *Ideacion e intento suicida en estudiantes adolescentes y su relacion con el consumo de drogas*. México, DF.: UNAM.

González, R. (2011). *Las adicciones a la luz de la ciencia y el simil*. La Habana, Cuba.

González, R. (1998). *Como enfrentar el peligro de las drogas*. La Habana, Cuba.

González, R. (2009). *Escuela para Familiares y Consejeros de pacientes adictos*. Caracas.

González, R. (2012). *Mis corderos bajo piel de lobo*. La Habana.

González, R. (2008). *Terapeutica Psiquiatrica Integral*. La Habana: Ciencias Médicas.

Gonzalez, T. V. (2006). *Consumo de drogas y su relacion con la ideacion y el intento suicida en estudiantes de bachillerato y licenciatura*. Instituto Nacional de Pediatría, Distrito Federal.

Herrera, A. (2006). Suicidal expressions among young people in Nicaragua: A community-bases study. *Soc Psychiatry Epidemiol* , 629-697.

Jiménez, N. L. (2005). Consumo de alcohol y drogas como factor de riesgo de intento suicida. *Medicina Interna de Mexico* , 21 (3), 183-187.

Larrobla, C. p. (2004). *Intento de autoeliminación y consumo de sustancias psicoactivas*. Montevideo.

Linzsen, d. D. (1994). Cannabis abuse and the cure of recent onser schizophrenic disorders. *Arch Gen Psychiatry* .

López, G. Y. (2011). *Diagnóstico Médico Social*. La Habana, Cuba.

Martinez, J. (2011). Consumo de cannabis, adolescencia y suicidio. *Trastornos adictivos* , 119-122.

Mayor, L. (1998). *Procesos Psicológicos y Adicciones, procesos de cambio, procesos terapéuticos de cambio en el Modelo de Prochaska y Diclemente*. Valencia: C.S.V.

Miller, W. (1995). *Motivational enhancement Therapy with drug Abusers*. Retrieved 2007 йил Agosto from Center on alcoholism, substance, and addictions (CASAA). Albuquerque.: www.motivationalinterviewing.org

MINSA. (2012 йил Febrero). Norma para el Desarrollo de actividades dirigidas al tratamiento y rehabilitación de personas usuarias de sustancias adictivas. *Norma 089* . Managua, Nicaragua: MINSA.

Ocampo, R. B. (2009). Consumo de sustancias y suicidios en Mexico: resultados del Sistema de Vigilancia epidemiologica de las adicciones, 1994.2006. *Salud Publica de México* , 306-313.

OEA-CICAD. (2006). *Nicaragua: Evaluación del Progreso de Control de Drogas 2005-2006. Mecanismo de evaluación multilaterl (MEM)*. Wahington.

OMS. (1996). *Brief Intervention Study Group*. Ginebra: OMS.

OMS. (2011). *Enfermedades No Trasmisibles*.

OMS. (1994). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. Ginebra: OMS.

OMS. (2003). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Guidelines for Use in Primary Care*. Ginebra: OMS.

- OMS-CIE 10. (1999). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud Vol. 1*. Ginebra: OMS.
- ONUDC. (2010). *Informe Mundial sobre las Drogas*. Viena: Oficina Contra la Droga y el Delito.
- OPS-OMS. (2006). *Estudio multicentrico sobre consumo de alcohol, cultura y género*. Wahington.
- Otero, A. (2003). Depresión. *Depresion*.
- Prochaska, J. (1994). *Como cambia la gente: Aplicaciones en los comportamientos adictivos*. Revista de Toxicomanias No 1
- Razvodovsky, Y. (2007). Suicidio e intoxicación etílica en Bielorrusia entre 1970 y 2005. *Adicciones*, 297-304.
- Rivera, M. (n.d.). El uso de la entrevista motivacional en el proceso de ayuda. *GRIOT Vol. 1. No. 6*.
- Rodríguez, J. F. (2006). Conductas agresivas, consumo de drogas e intentos de suicidio en jóvenes universitarios. *Terapia Psicológica*, 24 (1), 63-69.
- Rodríguez-Martos. (2002). Efectividad de las técnicas de consejo breve. *Adicciones, Vol 14; suplemento 1*.
- Rodríguez-Martos. Santamariña, E. M. (n.d.). Identificación precoz e intervención breve en lesionados de tráfico con presencia de alcohol.
- Romero, C. M. (s.f.). *Abuso de Drogas y su relación con la Esquizofrenia*. Recuperado el 29 de Octubre de 2012, de <http://www.enfervalencia.org/ei/anteriores/articles/rev60/artic07.htm>
- Schuckit, P. (2003). *Am.J.Psych*, .
- Shaffer, D. (1988). The epidemiology of teen suicide: an examination of risk factors. *Journal Clin Psychiatry*, 49, 36-41.

Terroba, G. S. (1987). El consumo de alcohol y su relación con la conducta suicida. *Salud Mental* , 10 (4), 92-97.

UNODC. (2005). International network of drugs dependence treatment and rehabilitation resource centers. *TREATNET* . Viena, Austria: UNODC.

Vásquez, H. H. (2009). Co-morbilidad entre el distress psicológico y el abuso de drogas en pacientes en centros de tratamiento, en la ciudad de Leon, Nicaragua: implicaciones para políticas y programas. *TextoContextoEnferm* , 150-158.

Victoria Police. (2002). Custodial Drug Guide: Medical Management of People in Custody with Alcohol and Drug Problems. Mornington, Victoria, Australia: Custodial Medicine Unit, Victoria Police.

▪ XIII GMS CUESTIONARIO ABREVIADO

El trabajador/a de la salud en Atención Primaria podrá disponer de un cuestionario abreviado de la Guía Médico Social para ser completado en cada persona con problemas comprobado de adicción, debe de ser parte del expediente clínico, servir para referencias estadísticas, monitoreo e investigaciones epidemiológicas. El trabajador de la salud para su completamiento tiene como referencia la Guía Médico Social.

Guía Médico Social para el Diagnóstico y Atención Primaria de las Drogodependencias en Nicaragua

I. DATOS GENERALES

- Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
- Sexo: 1. Masculino 2. Femenino
- Ocupación: 1. Empleado 2. Desempleado
- Estado Civil: 1. Casado 2. Soltero 3. Unión libre
4. Divorciado 5. Viudo 6. Separado
- Escolaridad: 1. Analfabeta 2. Alfabeta
3. Primaria 4. Secundaria 5. Universitario
- Religión: 1. Católico 2. Evangélico 3. Testigo de Jehová
4- Otra 5. Ninguna
- Procedencia: 1. _____
2. Rural 4. Urbano
- Motivo de Consulta: _____

II. HISTORIA DE CONSUMO

- **Edad de inicio de consumo:** _____
- **Droga inicial de consumo** (Solo marque una):

1. Alcohol 2. Tabaco 3. Fármacos 4. Marihuana
5. Cocaína 6. Crack 7. Inhalante 8. Otro:

- **Drogas que ha consumido** (marque las que sean necesarias):

1. Alcohol 2. Tabaco 3. Fármacos 4. Marihuana
5. Cocaína 6. Crack 7. Inhalante 8. Otro:

- **Droga principal de consumo en la actualidad:**

1. Alcohol 2. Tabaco 3. Fármacos 4. Marihuana
5. Cocaína 6. Crack 7. Inhalante 8. Otro:

Frecuencia de consumo: _____

¿Porque la consume? _____

¿Efectos que le produce? _____

- **Policonsumo**

¿Usa combinaciones de drogas? Si ___ No ___

Cual combinación suele utilizar? _____

Efecto que provoca _____

- **Tipo de Consumo actual:**

1. Experimental: ___ 2. Intencional/Situacional: ___ 3. En bingo: ___

4. Intensivo/abusivo: ___ 5. Dependiente: ___

- **Vía relacionada:**

1. Sociocultural: ___ 2. Hedónica: ___ 3. Evasiva: ___

4. Asertiva: ___ 5. Sintomática: ___ 6. Constitucional: ___

- **Consecuencias por el uso de drogas:**

✓ Por Intoxicación:

1. Accidentes: _____ 2. Envenenamiento: _____

3. Ausentismos: _____ 4. Conducta de riesgo: _____

✓ Por uso regular y excesivo:

1. Salud: _____ 2. Económicos: _____
3. Relaciones interpersonales: _____ 4. Descuido de niños: _____

✓ Por su dependencia:

1. Pérdida de control: _____ 2. Conducta centrada en sustancia: _____
2. Aislamiento: _____ 4. Abstinencia: _____
5. Problemas psiquiátricos: _____

✓ Motivo de la última recaída:

1. Familiar: _____ 2. Amigos: _____ 3. Disparadores: _____
4. Individuales: _____ 5. Legales: _____

Otro: _____

III. ETAPA DE CAMBIO EN LA QUE SE ENCUENTRA EL ENTREVISTADO:

1. Pre-contemplativa: _____ 2. Contemplativa: _____ 3. Preparación: _____
4. Acción: _____ 5. Mantenimiento: _____

IV. DIAGNOSTICO MEDICO:

1. Intoxicación aguda: ____
2. Consumo perjudicial: ____
3. Dependencia: ____
4. Abstinencia: ____
5. Abstinencia con delirium: ____
6. Trastornos psicóticos: ____
7. Síndromes amnésicos: ____
8. Trastorno psicótico residual: ____

V. PATOLOGIA DUAL O COMORBILIDAD ASOCIADA:

1. Depresión: ____
2. Intento suicida: ____
3. Ansiedad: ____
4. Esquizofrenia: ____
5. Otro: _____

VI. DIAGNOSTICO SOCIAL

Entorno sociocultural: _____

Aspecto socioeconómico: _____

Entorno familiar: _____

Estilos de vida: _____

VII. ASPECTOS PSICOLÓGICOS:

Inteligencia/cognición: _____

Necesidades: _____

Motivaciones: _____

Calidad de relaciones sociales: _____

Calidad de relación con su pareja: _____

Concepción del mundo: _____

Autovaloración: _____

Factores de protección: _____

Factores de riesgo: _____

VIII. DETERMINE EL NIVEL DE RIESGO DE CONSUMO

BAJO: _____ MODERADO: _____ ALTO: _____

IX. RECOMENDACIÓN:

CONSEJERIA: _____ INTERVENCIÓN BREVE: _____

TRATAMIENTO ESPECIALIZADO: _____ INGRESO A CENTRO: _____