

ADICCIONES ^{1,2}

Uno de los principales problemas que afecta a la sociedad y causa gran preocupación entre los ciudadanos es el relacionado con la adicción a las drogas.

CONCEPTOS

Droga. Se trata de toda sustancia química que, incorporada a un organismo vivo en cantidad suficiente, es capaz de modificar su funcionamiento. Puede ser lícita o ilícita, simple o compuesta, natural o sintética, y emplearse para la elaboración de medicamentos, medios de diagnóstico, productos dietéticos, higiénicos, cosméticos y otras formas que puedan modificar la salud de los seres vivos. La norma oficial mexicana 028 publicada en 2009 define a la *droga* como: cualquier sustancia que previene o cura alguna enfermedad o aumenta el bienestar físico o mental. En farmacología, se la concibe como cualquier agente químico que altera la bioquímica o algún proceso fisiológico de algún tejido u organismo.

Medicamento o fármaco. Se llama así a las drogas, cuando son utilizadas en beneficio de la persona para la prevención o el tratamiento de enfermedades.

Psicotrópico. Sustancia que tiene acciones sobre el sistema nervioso central y puede modificar el estado afectivo, la conducta, las percepciones o la conciencia de la persona. Esta droga presenta una mayor probabilidad de generar dependencia.

Estupefaciente. La legislación hace referencia a este término para designar sustancias, drogas y preparados con un sentido netamente jurídico. En general, se trata de psicotrópicos sobre los que existe un régimen de fiscalización de las etapas de comercialización, importación, exportación, elaboración, depósito, fraccionamiento, comercio mayorista, despacho al público y aprovisionamiento en medios de transporte.

Drogas legales. Son aquellas que se comercializan libremente o que se expenden en farmacias bajo receta, y cuyo uso es aceptado por la sociedad pese a que el abuso de éstas provoca trastornos físicos y psíquicos a largo plazo. Ejemplos de éstas son el alcohol, el tabaco, el café, tranquilizantes y somníferos.

Drogas ilícitas. Son aquellas cuya comercialización e importación —entre otras cosas— están penadas por la ley.

Tolerancia. Estado de adaptación neurológica caracterizado por disminución de la respuesta a la dosis habitual utilizada de una droga, teniendo necesidad de dosis mayores para obtener los mismos resultados.

Dependencia. Es un síndrome biopsicosocial producido por la interacción de una droga con una persona y su medio y está caracterizada por un comportamiento de consumo, deseo de interrumpirlo, hábito de ingesta estereotipado, presencia de tolerancia, conducta de búsqueda y síndrome de abstinencia al detener el consumo. Fenómeno por el cual la droga es necesaria para evitar los síntomas desagradables que aparecen con la suspensión de su administración, sean éstos de origen psíquico o físico. Por lo general se asocia con tolerancia, pero esa coexistencia no es forzosa.

Dependencia física. Estado fisiológico alterado, consecuencia de suprimir bruscamente la droga, en el que aparecen trastornos físicos intensos (síndrome de abstinencia agudo) que obligan al sujeto a buscar la sustancia. Al reiniciar el consumo, desaparecen los síntomas.

Dependencia psíquica. Necesidad incoercible de obtener y reiniciar el consumo de la droga, independientemente del alto costo que ello suscite, sin la presencia del síndrome de abstinencia agudo. Como puede inferirse, ambos conceptos —dependencia física y dependencia psíquica— constituyen los polos de un espectro, en cuya zona media se superponen. En la práctica clínica, tiende a vincularse la primera con el nivel biológico y la segunda con el impulso y conducta de búsqueda característicos del nivel psicosocial. La marihuana es un ejemplo de droga que genera dependencia psicológica, fundamentalmente en las primeras etapas de consumo; mientras que en el caso de la heroína, es la dependencia física la más relevante.

Drogodependencia. Uso repetido y voluntario de drogas, impelido por la necesidad imperiosa física o psíquica de continuar usándolas. La persona busca la droga a cualquier precio y se afectan sus relaciones sociales.

Síndrome de abstinencia o de supresión. Es el conjunto de síntomas y signos físicos y/o psíquicos desagradables que aparecen cuando se suspende la administración de una droga, o se administra un antagonista de ésta, luego que se ha desarrollado dependencia, al margen de la voluntad del individuo. Puede originar un sufrimiento tal que, de no mediar la asistencia médica oportuna, resulta intolerable y hasta peligroso para la vida de quien lo padece.

CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

Por sus posibles efectos estimulantes, depresores o distorsionadores de la realidad —o sea, sobre el sistema nervioso central—, las drogas se clasifican en:

- I. **Sustancias depresoras o piscolepticas (que deprimen la actividad cerebral)**
 - Alcohol
 - Hipnóticos: Barbitúricos (fenobarbital, amobarbital, secobarbital, tiopental)
 - Sedantes: Benzodiazepinas (diazepan, nitrazepan, clordiazepoxido, midazolán, flunitrazepan)
 - Tranquilizantes mayores: Fenotícinas (levomepromacina y trifluoperazina)
- II. **Sustancias estimulantes o psicoanalépticas (que estimulan la actividad cerebral)**
 - Cocaína
 - Anfetaminas
 - Xantinas: Cafeína (té, café)
 - Tabaco: Nicotina
 - Efedrina
 - Antidepresivos tricíclicos: Amitriptilina, imipramina, trimipramina, desipramina.
- III. **Sustancias psicodélicas o psicodislépticas (perturban la actividad cerebral, provocan una forma distinta de interpretar las percepciones)**
 - Alucinógenos: LSD, éxtasis, mescalina, peyote, psilocibina, datura arbórea.
 - Cannabis: Marihuana, hachís y aceite de hachís.
 - Inhalantes o disolventes volátiles: Colas, gasolina, éter, acetona, etcétera.
 - Anticolinérgicos: Atropina y escopolamina.

Sin embargo, si partimos de su categoría como sustancias, las drogas se clasifican en:

- I. **Legales:** café, té, cola y alcohol.
- II. **De prescripción médica:** sedantes, hipnóticos, tranquilizantes, antiparkinsonianos y simpaticotónicos.
- III. **Ilegales:** marihuana, cocaína, heroína, LSD y anfetaminas de síntesis como el éxtasis.
- IV. **Inhalantes:** derivados del tolueno presente en pegamentos, disolventes y barnices; así como otras sustancias, entre las que se encuentran los combustibles, betunes y anticongelantes. Son legalmente comerciables, pero su consumo como droga es ilegal.

Cabe destacar que en el grupo de sustancias de consumo ilegal se incluyen las drogas de prescripción médica, cuando se utilizan con fines no médicos, a saber: morfina, antiparkinsonianos, estimulantes, benzodiazepinas y cualquier otra sustancia farmacológica utilizada sin orientación profesional.

ALCOHOL

F10.0 INTOXICACIÓN AGUDA DEBIDA AL CONSUMO DE ALCOHOL

- A. Debe existir un comportamiento alterado como se evidencia en, al menos, uno de los siguientes:
 1. Desinhibición
 2. Actitud discutidora
 3. Agresividad
 4. Labilidad del humor
 5. Deterioro de la atención
 6. Juicio alterado
 7. Interferencia en el funcionamiento personal
- B. Al menos uno de los siguientes debe estar presente:
 1. Marcha inestable
 2. Dificultad para mantenerse en pie
 3. Disartria
 4. Nistagmo
 5. Nivel de conciencia disminuido (por ejemplo: estupor, coma)

6. Enrojecimiento facial
7. Inyección conjuntival

F10.3 SÍNDROME DE ABSTINENCIA AL ALCOHOL

- A. Se deben satisfacer los criterios generales para síndrome de abstinencia (F1x.3).
- B. Tres de los siguientes signos deben estar presentes:
 1. Temblor de lengua, párpados o manos extendidas.
 2. Sudoración
 3. Náuseas o vómitos
 4. Taquicardia o hipertensión
 5. Agitación psicomotriz
 6. Cefalea
 7. Insomnio
 8. Malestar o debilidad
 9. Ilusiones o alucinaciones transitorias auditivas, visuales o táctiles.
 10. Convulsiones de gran mal

OPIÁCEOS

F11.0 INTOXICACIÓN AGUDA DEBIDA AL CONSUMO DE OPIOIDES

- A. Debe existir un comportamiento alterado, como se evidencia en alguno de los siguientes:
 1. Apatía y sedación
 2. Desinhibición
 3. Enlentecimiento psicomotor
 4. Deterioro de la atención
 5. Juicio alterado
 6. Interferencia en el funcionamiento personal
- B. Al menos uno de los siguientes signos debe estar presente:
 1. Somnolencia
 2. Disartria
 3. Contracción pupilar (excepto en la anoxia por sobredosis grave cuando ocurre dilatación pupilar)
 4. Nivel de conciencia disminuido (por ejemplo, estupor y coma)

Comentario: La intoxicación aguda por opioides, cuando es grave, se puede acompañar de depresión respiratoria, hipoxia, hipotensión e hipotermia.

F11.3 SÍNDROME DE ABSTINENCIA A OPIOIDES

- A. Se deben satisfacer los criterios generales para síndrome de abstinencia (F1x.3) (Recuérdese que un síndrome de abstinencia a opioides puede ser reducido tras la administración de un antagonista a opioides, después de un breve período de consumo de opioides).
- B. Tres de los siguientes signos deben estar presentes:
 1. Deseo imperioso de opioides
 2. Rinorrea y estornudos
 3. Lagrimeo
 4. Dolores o calambre musculares
 5. Calambres abdominales
 6. Náuseas o vómito
 7. Diarrea
 8. Dilatación pupilar
 9. Erección pilosa o escalofríos
 10. Taquicardia o hipertensión
 11. Bostezos
 12. Sueño sin descanso

CANNABIS

Hojas de cáñamo (cannabis) que contienen muchos productos químicos, de los que el THC (tetrahidrocannabinol) es el principal psicoactivo. De un modo característico, el THC se autoadministra fumando cigarrillos liados con picadura de hoja de cannabis. La resina del cáñamo concentrada —llamada hachís— también puede ser fumada, normalmente en pipa; y, puesto que el THC no se disuelve en agua, se usa a menudo una pipa de agua para filtrar el humo. El contenido de THC de las hojas varía ampliamente (15% o más), mientras que el hachís y el aceite de hash son incluso más ricos.

El cannabis es probablemente la sustancia ilegal más consumida en el mundo. Se ha ingerido desde la antigüedad por sus efectos psicoactivos y como remedio para un amplio abanico de enfermedades médicas. Se encuentra entre las primeras drogas de experimentación (con frecuencia en la juventud). Habitualmente se consume junto a otras sustancias, especialmente nicotina, alcohol y cocaína. El cannabis (en particular la marihuana) puede mezclarse y fumarse con opiáceos, fenciclidina (PCP) y otras drogas alucinógenas.

El humo en los pulmones da entrada rápida del THC al cerebro y activa receptores cannabinoides especialmente densos en el hipocampo y la corteza cerebral (áreas especializadas en habilidades cognitivas y memoria), así como el cerebelo (relacionado con equilibrio y movimiento fino muscular). Se ha identificado un ligando endógeno, una molécula compacta relacionada estructuralmente con la familia de las hormonas llamadas prostaglandinas. El THC imita o bloquea los efectos normales de una hormona cerebral endógena o de un neurotransmisor. Su toxicidad provoca sensación de bienestar (euforia), un estado somnoliento de relax, calma y apatía, con un sentimiento de desconexión del mundo habitual: “Los pensamientos divagan fuera de control”. Al fumador, las cosas le parecen agradables; mientras que no son especialmente divertidas para el observador.

La anormalidad conductual más evidente mostrada por un sujeto bajo la influencia del cannabis es la dificultad para mantener una conversación inteligente, quizás por causa de una incapacidad para recordar lo que se acaba de decir, incluso unas pocas palabras antes.

Un rasgo característico es la distorsión en el sentido del tiempo, asociada con profundos déficits en la memoria y el aprendizaje a corto plazo. Consecuencia de todo ello es la pérdida del estado de alerta, la coordinación y el juicio que se requieren para las tareas complicadas como conducir, trabajar con herramientas complejas, etcétera.

Efectos periféricos asociados a su intoxicación son el aumento del ritmo cardíaco y la dilatación de los vasos sanguíneos de la conjuntiva ocular.

El humo del cannabis contiene más carcinógenos que el humo del tabaco. Se han documentado alteraciones en el equilibrio hormonal, especialmente de las hormonas sexuales. Estos efectos se derivan de las acciones del THC en el hipotálamo: reducción del total de esperma, nivel de testosterona bajo y disminución de la libido en los hombres, así como alteraciones del ciclo menstrual en las mujeres. El fenómeno de la tolerancia inversa se produce característicamente con el uso de esta sustancia y consiste en que, con la misma dosis, expertos fumadores muestran efectos más grandes que los que fuman por primera vez.

El consumo agudo de cannabinoides puede causar en el EEG actividad difusa y lenta, así como supresión de los movimientos oculares rápidos (REM).

SÍNDROME DE ABSTINENCIA A CANNABINOIDES

Síndrome de una enfermedad para la que no se han establecido todavía criterios diagnósticos definitivos. Aparece tras la suspensión de un prolongado consumo de altas dosis de cannabinoides. Su duración puede oscilar desde varias horas hasta siete días. Entre sus síntomas y signos se incluyen ansiedad, inestabilidad, temblor de manos extendidas, sudoración y dolores musculares.

PSICOESTIMULANTES

La cocaína y las anfetaminas provocan adicciones desenfrenadas. La cocaína es una sustancia natural que se encuentra en las hojas de coca. En el siglo XIX, el principio activo (cocaína) fue purificado y se identificó su estructura química. Se descubrió que era un poderoso anestésico local, especialmente para paralizar las mucosas de la nariz, garganta y ojos. Un primer exponente del consumo médico y por placer de la cocaína fue Sigmund Freud, quien negaba que fuese adictiva. En Europa y —más tarde— en Norteamérica se generalizó el uso de la cocaína como tónico.

La euforia suscitada por estas drogas implica probablemente al sistema límbico. El aumento de la fuerza muscular y de resistencia que nota el usuario puede atribuirse en parte a la elevación de su estado de ánimo y de alerta, pero también a la estimulación de las neuronas norepinefrínicas que regulan la actividad muscular. Nadie sostiene con seguridad que la anfetamina, la cocaína o cualquier otro estimulante produzca un efecto en la conducta por medio de un mecanismo neuronal específico.

F14.0 INTOXICACIÓN AGUDA DEBIDA AL CONSUMO DE COCAÍNA INCLUYENDO LA CAFEÍNA

- A.** Se deben satisfacer los criterios generales para intoxicación aguda (F1x.0).
- B.** Debe existir comportamiento alterado o anomalías perceptivas, incluyendo alguna de las siguientes:
 - 1. Euforia o sensación de aumento de energía
 - 2. Hipervigilancia
 - 3. Creencias o actos grandiosos
 - 4. Agresividad
 - 5. Actitud discutidora
 - 6. Labilidad del humor
 - 7. Conductas repetitivas, estereotipadas.
 - 8. Ilusiones auditivas, visuales o táctiles.
 - 9. Alucinaciones con la orientación conservada
 - 10. Ideación paranoide
 - 11. Interferencia con el funcionamiento personal
- C.** Al menos dos de los siguientes signos deben estar presentes:
 - 1. Taquicardia (a veces bradicardia)
 - 2. Arritmias cardíacas
 - 3. Hipertensión (a veces hipotensión)
 - 4. Sudoración y escalofríos
 - 5. Náusea y vómitos
 - 6. Pérdida de peso evidente
 - 7. Dilatación pupilar
 - 8. Agitación psicomotriz (a veces enlentecimiento)
 - 9. Debilidad muscular
 - 10. Dolor en el pecho
 - 11. Convulsiones

F 14.2 DEPENDENCIA DE COCAÍNA (304.20)

La cocaína posee potentes efectos eufóricos y puede dar lugar a dependencia tras su consumo durante breves períodos de tiempo. Un signo inicial de la dependencia de cocaína lo constituye la creciente dificultad para resistirse a su consumo cuando el sujeto dispone de ella. Debido a su corta vida media, se necesitan dosis frecuentes para mantener su efecto euforizante. Los individuos con dependencia a cocaína: a) suelen gastar mucho dinero en un espacio breve de tiempo y —como resultado de ello— pueden llegar a implicarse en robos, prostitución o negocios con la droga; b) a menudo necesitan discontinuar el consumo para descansar o para obtener fondos adicionales; y c) pueden abandonar sus responsabilidades laborales o familiares —como el cuidado de los hijos— para obtener o consumir la cocaína. Son frecuentes las complicaciones mentales o físicas, como ideación paranoide, comportamiento agresivo, ansiedad, depresión y pérdida de peso.

F14.3 SÍNDROME DE ABSTINENCIA A COCAÍNA

- A.** Hay humor disfórico (por ejemplo, tristeza o anhedonia). Los síntomas de este criterio causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- B.** Dos de los siguientes signos deben estar presentes:
 - 1. Letargo y fatiga
 - 2. Enlentecimiento o agitación psicomotriz
 - 3. Deseo imperioso de cocaína

4. Aumento del apetito
5. Insomnio o hipersomnias
6. Sueños extraños o desagradables

Tras el cese del consumo o de una intoxicación aguda de cocaína, la depresión (*crash*) se caracteriza por disforia, anhedonia, ansiedad, irritabilidad, fatiga, hipersomnias y —en ocasiones— agitación. Con un consumo leve o moderado, los síntomas de abstinencia aparecen en 18 horas. Con un consumo importante —como el que se observa en la dependencia de cocaína—, los síntomas pueden durar una semana, alcanzando su pico a los 24 días. Algunos pacientes también refieren síndromes de abstinencia que han durado semanas o meses. Los síntomas de abstinencia también pueden asociarse a ideas suicidas. Durante la abstinencia, el *craving* puede ser muy intenso, porque el individuo cree que si utiliza la cocaína desaparecerán sus síntomas. Estas personas a menudo intentan automedicarse con alcohol, sedativos, hipnóticos o ansiolíticos.

F15.3 SÍNDROME DE ABSTINENCIA A OTROS ESTIMULANTES - INCLUYENDO CAFEÍNA

- A. Se deben satisfacer criterios generales con síndrome de abstinencia (F1x.3).
- B. Hay humor disfórico (por ejemplo, tristeza o anhedonia).
- C. Dos de los siguientes signos deben estar presentes:
 1. Letargo o fatiga
 2. Retardo o agitación psicomotriz
 3. Deseo imperioso de drogas estimulantes
 4. Aumento del apetito
 5. Insomnio o hipersomnias
 6. Sueños extraños o desagradables

SUSTANCIAS VOLÁTILES

En este apartado se encuentran sustancias como la gasolina, el pegamento, disolventes y pinturas en spray. Los hidrocarburos halogenados (que se encuentran en limpiadores, líquido corrector de máquinas de escribir, spray), junto con otros compuestos volátiles que contienen ésteres, cetonas y glicoles.

La mayoría de los compuestos que se inhalan son una mezcla de gran cantidad de sustancias que pueden producir efectos psicoactivos y que, en muchas ocasiones, es difícil averiguar cuál es la sustancia responsable del trastorno; a menos que se tenga la certeza de que se ha consumido una sola sustancia sin mezclar, se debe usar el término inhalante al transcribir el diagnóstico.

Debido a su bajo coste y facilidad de obtención, los inhalantes suelen ser las primeras drogas de experimentación para la gente joven y puede haber una incidencia mayor entre quienes viven en áreas de depresión económica. La dependencia y el abuso sólo se dan en una pequeña proporción de los sujetos que consumen inhalantes.

Los individuos que inhalan sustancias volátiles pueden tener un grado preferido de intoxicación. El método de administración (habitualmente aspirar de un contenedor o respirando a través de un trapo empapado por la sustancia) permite al sujeto mantener ese nivel durante varias horas.

Los hallazgos no específicos en el aparato respiratorio comprenden muestras de irritación de las vías respiratorias superiores e inferiores, que incluyen tos, mucosidad, disnea y afonía. En ocasiones, aparece cianosis como resultado de una neumonitis o de asfixia. Puede haber también dolor de cabeza, debilidad general, dolor abdominal, náuseas y vómitos.

Los inhalantes pueden causar lesiones en el sistema nervioso, tanto central como periférico. Éstas pueden ser permanentes y van desde debilidad general y neuropatías periféricas hasta atrofia cerebral, degeneración cerebelar y lesiones de la sustancia blanca que dan lugar a signos de los pares craneales o del tracto piramidal.

El consumo recurrente puede contribuir al desarrollo de hepatitis (con una potencial evolución a cirrosis) o acidosis metabólica consistente con acidosis tubular renal distal. También se ha observado insuficiencia renal crónica, síndrome hepatorenal, depresión medular.

Puede producirse muerte por depresión respiratoria o cardiovascular, muerte súbita al esnifar que se debe a arritmia aguda, a hipoxia o a alteraciones electrolíticas.

Se ha observado tolerancia en individuos con consumo frecuente de inhalantes, pero no se tiene documentación clara con respecto a la abstinencia. Se ha descrito un posible síndrome de abstinencia, con inicio entre

24 y 48 horas después de interrumpir el consumo y con una duración de 25 días, con síntomas que incluyen alteraciones del sueño, temblores, irritabilidad, diaforesis, náuseas e ilusiones pasajeras. De todos modos, este síndrome no ha sido correctamente documentado y carece de importancia clínica.

F18.0 INTOXICACIÓN POR INHALANTES

- A. Consumo reciente intencionado, o breve exposición, a dosis altas de inhalantes volátiles (excluyendo gases anestésicos y vasodilatadores de acción corta, que se clasifican como trastornos asociados a otras sustancias para reflejar la diferente manera de actuar y los distintos perfiles de trastornos asociados).
- B. Cambios psicológicos o conducta desadaptada clínicamente significativos (beligerancia, violencia, apatía, deterioro del juicio, deterioro de las actividades sociales y laborales), que aparecen durante o poco tiempo después del consumo o exposición a inhalantes volátiles.
- C. Dos (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo o exposición a inhalantes:
 - 1. Mareo
 - 2. Nistagmo
 - 3. Incoordinación
 - 4. Lenguaje farfullante
 - 5. Marcha inestable
 - 6. Letargia
 - 7. Disminución de reflejos
 - 8. Retraso psicomotor
 - 9. Temblores
 - 10. Debilidad muscular generalizada
 - 11. Visión borrosa o diplopía
 - 12. Estupor o coma
 - 13. Euforia

ALUCINÓGENOS

Sustancias relacionadas con efectos muy subjetivos: sensación de aumento de actividad mental, sensación de novedad, pseudoalucinaciones, euforia, alteración de la imagen corporal, alucinaciones, aumento de percepción sensorial, aumento de la sensación de empatía. A nivel fisiológico: Midriasis, rubefacción facial, temblor fino, aumento de tensión arterial, aumento de glucemia, aumento de la temperatura corporal (golpe de calor), taquicardia, sudoración.

Los alucinógenos que pueden ser objeto de abuso son: dietil amida del ácido lisérgico (LSD), que es el prototipo de las sustancias de abuso; otros alcaloides del indol como la psilocibina (*hongos mágicos*) y la dimetiltriptamina (DMT) y las fenilalquilaminas como la mescalina, la dimetoximetilanfetamina (DOM o STP), la metilenodioxianfetamina (MDA) y la metilenodioximetanfetamina (MDMA, éxtasis o X). Estos alucinógenos, denominados psicomiméticos o psicodélicos (expansores mentales), forman un grupo de sustancias que provocan trastornos del pensamiento, del estado de ánimo y de la percepción. Dependiendo de la dosis, las expectativas y el ambiente (el contexto), también pueden inducir euforia y un estado similar a una experiencia trascendental.

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES

- Tolerancia rápida y elevada - Cruzada entre ellos
- Vía oral (comprimidos, cápsulas, secantes o terrones de azúcar)
- Dosis bajas
- Inicio de efectos - 60 a 90 minutos
- Duración de efectos - 2 a 12 horas
- Dependencia muy cuestionada - No síndrome de abstinencia - No autoadministración en animal de experimentación
- Elevado uso experimental y recreativo o muy esporádico

EFECTOS TÓXICOS

Bad Trip (mal viaje). Reacciones disfóricas agudas. Son la causa de la pérdida de control, la incapacidad para afrontar la disolución del yo y/o una importante disonancia ambiental. El resultado es ansiedad y, en algunas ocasiones, angustia. Estas reacciones agudas de ansiedad/angustia desaparecen habitualmente antes de que se busque intervención médica.

- **Flashbacks.** Repetición de efectos (aspectos parciales de los mismos y breves) en situaciones de no consumo de las sustancias.
- **Sobredosis.** Es la situación de máximo riesgo. Se produce una elevación de la temperatura que puede llevar a golpe de calor. Colapso y convulsiones.
- **Psicosis funcionales.** Sin relación con la esquizofrenia. Agravan los trastornos psicóticos y pueden ser el efecto gatillo o disparador de los mismos. Son respuestas agudas que resultan del estado de hipervigilancia, de anular las señales externas y de los pensamientos inusuales que aparecen en el curso de la experiencia con alucinógenos. Aunque los más frecuentes son los pensamientos de grandiosidad o los megalomaniacos, en ocasiones, también aparecen manifestaciones de suspicacia e ideas persecutorias.

F16.0 INTOXICACIÓN AGUDA DEBIDA A CONSUMO DE ALUCINÓGENOS

- A. Se deben satisfacer los criterios generales de intoxicación aguda (F1x.0).
- B. Debe existir comportamiento alterado o anormalidades perceptivas, como se evidencia por al menos uno de los siguientes:
 1. Ansiedad y temor
 2. Ilusiones o alucinaciones auditivas, visuales y táctiles que aparecen en completo estado de vigilia y alerta.
 3. Despersonalización
 4. *Desrealización*
 5. Ideación paranoide
 6. Ideas de referencia
 7. Labilidad del humor
 8. Hiperactividad
 9. Actos impulsivos
 10. Deterioro de la atención
 11. Interferencia en el funcionamiento personal
- C. Al menos dos de los siguientes signos deben estar presentes:
 1. Taquicardia
 2. Palpitaciones
 3. Sudoración y escalofríos
 4. Temblor
 5. Visión borrosa
 6. Dilatación pupilar
 7. Incoordinación

El consumo de alucinógenos puede provocar la aparición de distorsiones en el estado de ánimo, en el curso del pensamiento y sobre todo en la percepción. (F16.04). El efecto adverso más frecuente es el llamado *mal viaje*, en el que estas distorsiones son vividas en forma terrorífica por parte del usuario. Algunos autores incluyen la fenciclidina dentro de las drogas alucinógenas. La reacción paradójica más frecuente es la aparición de una conducta severamente hostil.

REFERENCIAS

1. Espín, R.T., Rodríguez, E., Cabezas, B.J. y Caro, M.M. (2003). Guías para el diagnóstico y tratamiento de las principales drogas de abuso. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, Medisur*, 1(3), 47-62. Obtenido el 22 de junio de 2012 de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/34/4464#top>
2. Albiach, C., Beltrán, M.A., Blasco, V., López, F., Palau, C., Santos, P. (s.f.). Tratamiento de las adicciones. Obtenido el 22 de junio de 2012 de http://mabeltran.com/Tratamiento_de_las_adicciones.pdf