

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A. C.

# Pautas de tratamiento

para la atención de usuarios de  
**BENZODIACEPINAS**

2006



D.R. © 2006 Centros de Integración Juvenil, A.C.  
Tlaxcala 208, Col. Hipódromo Condesa  
06100, México, D.F.  
[www.cij.gob.mx](http://www.cij.gob.mx)

# Pautas de tratamiento

para la atención de usuarios de  
**BENZODIACEPINAS**

2006

## **DIRECTORIO**

**PRESIDENTE DEL PATRONATO NACIONAL**  
**Dr. Jesús Kumate Rodríguez**

**VICEPRESIDENTE**  
**Lic. Ernesto Enríquez Rubio**

**VICEPRESIDENTE**  
**Lic. Mario Luis Fuentes Alcalá**

**PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE VIGILANCIA**  
**Sra. Kena Moreno**

**DIRECTOR GENERAL**  
**Dr. Víctor Manuel Guisa Cruz**

**DIRECTORA GENERAL ADJUNTA DE OPERACIÓN Y PATRONATOS**  
**Psic. Carmen Fernández Cáceres**

**DIRECTOR GENERAL ADJUNTO DE ADMINISTRACIÓN**  
**C.P. Hugo Basurto Ojeda**

### **COORDINACIÓN GENERAL DE LA OBRA**

Dr. Víctor Manuel Guisa Cruz

### **REVISIÓN TÉCNICA**

Dr. Lino Díaz-Barriga Salgado

Dr. Jaime Arturo Quintanilla Bendek

### **AUTORES**

Dr. Víctor Manuel Guisa Cruz

Dr. Lino Díaz-Barriga Salgado

Dr. Jaime Arturo Quintanilla Bendek

Dr. Roberto García Suárez

**EDICIÓN:** Andrea Cataño

**CUIDADO DE LA EDICIÓN:** Martha Mayagoitia Talamante

**CORRECCIÓN:** Ana Cristina González Díaz

**FORMACIÓN:** Jannette Lara Ortiz

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	1
<b>BENZODIACEPINAS .....</b>	<b>3</b>
Presentación, vías de administración .....	3
Aspectos farmacológicos .....	3
Neuropsicofarmacología .....	5
Receptores de las benzodiazepinas en el SNC .....	5
Efectos en el sueño .....	6
Efectos de las benzodiazepinas sobre el sueño .....	7
Farmacocinética .....	7
Metabolismo .....	8
Características generales de algunos agonistas benzodiazepínicos .....	9
<b>EFFECTOS EN SISTEMAS ESPECÍFICOS Y REACCIONES ADVERSAS .....</b>	<b>10</b>
Sistema nervioso central .....	10
Sistemas cardiopulmonar y vascular .....	11
Sistema gastrointestinal .....	12
Sistema renal y genitourinario .....	12
Otros sistemas .....	13
Hallazgos de laboratorio y gabinete .....	13
Interacción de las benzodiazepinas con otras drogas .....	13
Panorama epidemiológico .....	14
Situación en México .....	16
Cuadros clínicos por el uso de benzodiazepinas .....	20
Intoxicación con benzodiazepinas .....	20
Síntomas de intoxicación aguda por benzodiazepínicos .....	21
Criterios para el diagnóstico .....	22
Tratamiento .....	22
<b>ABUSO DE BENZODIACEPINAS .....</b>	<b>23</b>
Dependencia farmacológica vs. adicción .....	24
Trastornos inducidos por benzodiazepinas .....	25
Delirium por intoxicación o por abstinencia por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos .....	25
Delirium por intoxicación o por abstinencia .....	26
Criterios para el diagnóstico .....	26
Tratamiento .....	26

Demencia persistente inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos .....	27
Criterios para el diagnóstico .....	27
Tratamiento .....	27
Trastorno amnésico persistente inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos .....	27
Criterios para el diagnóstico .....	28
Trastornos psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos: con ideas delirantes o alucinaciones .....	28
Criterios para el diagnóstico .....	28
Trastorno del estado de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos .....	28
Criterios para el diagnóstico .....	29
Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos .....	29
Criterios para el diagnóstico .....	30
Tratamiento .....	30
Trastorno sexual inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos .....	30
Criterios para el diagnóstico .....	30
Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos .....	31
Criterios para el diagnóstico .....	31
Tratamiento .....	31
<b>SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR BENZODIACEPINAS .....</b>	<b>32</b>
Tratamiento .....	33
<b>GUÍAS PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA A BENZODIACEPINAS .....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>37</b>
<b>CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL USO DE SEDANTES O HIPNÓTICOS SEGÚN LA CIE-10 Y EL DSM-IV TR .....</b>	<b>39</b>
CIE 10 .....	39
<i>F1x.0 Intoxicación aguda</i> .....	39
<i>Pautas para el diagnóstico</i> .....	39

<i>F1x.00 No complicada</i> .....	40
<i>F1x.01 Con traumatismo o lesión corporal</i> .....	40
<i>F1x.02 Con otra complicación médica</i> .....	40
<i>F1x.03 Con delirium</i> .....	40
<i>F1x.04 Con distorsiones de la percepción</i> .....	40
<i>F1x.05 Con coma</i> .....	40
<i>F1x.06 Con convulsiones</i> .....	40
<i>F1x.07 Intoxicación patológica</i> .....	40
<i>F1x.1 Consumo perjudicial</i> .....	41
<i>Pautas para el diagnóstico</i> .....	41
<i>F1x.2 Síndrome de dependencia</i> .....	41
<i>Pautas para el diagnóstico</i> .....	41
<i>F1x.20 En la actualidad en abstinencia</i> .....	43
<i>F1x.21 En la actualidad en abstinencia en un medio protegido</i> .....	43
<i>F1x.22 En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado</i> .....	43
<i>F1x.23 En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes</i> .....	43
<i>F1x.24 Con consumo actual de la sustancia</i> .....	43
<i>F1x.25 Con consumo continuo</i> .....	43
<i>F1x.26 Con consumo episódico</i> .....	43
<i>F1x.3 Síndrome de abstinencia</i> .....	44
<i>Pautas para el diagnóstico</i> .....	44
<i>F1x.30 No complicado</i> .....	44
<i>F1x.31 Con convulsiones</i> .....	44
<i>F1x.4 Síndrome de abstinencia con delirium</i> .....	44
<i>F1x.40 Sin convulsiones</i> .....	45
<i>F1x.41 Con convulsiones</i> .....	45
<i>F1x.5 Trastorno psicótico</i> .....	45
<i>Pautas para el diagnóstico</i> .....	45
<i>F1x.50 Esquizofreniforme</i> .....	46
<i>F1x.51 Con predominio de las ideas delirantes</i> .....	46
<i>F1x.52 Con predominio de las alucinaciones</i> .....	46
<i>F1x.53 Con predominio de síntomas polimorfos</i> .....	46
<i>F1x.54 Con predominio de síntomas depresivos</i> .....	46
<i>F1x.55 Con predominio de síntomas maníacos</i> .....	46
<i>F1x.56 Trastorno psicótico mixto</i> .....	46
<i>F1x.6 Síndrome amnésico</i> .....	47
<i>Pautas para el diagnóstico</i> .....	47

<i>F1x.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicotropas</i> .....	47
<i>Pautas para el diagnóstico</i> .....	48
<i>F1x.70 Con reviviscencias (flashbacks)</i> .....	48
<i>F1x.71 Trastorno de la personalidad o del comportamiento</i> .....	48
<i>F1x.72 Trastorno afectivo residual</i> .....	49
<i>F1x.73 Demencia inducida por alcohol u otras sustancias psicotropas</i> .....	49
<i>F1x.74 Otro deterioro cognoscitivo persistente</i> .....	49
<i>F1x.75 Trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas</i> .....	49
<i>F1x.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento</i> .....	49
<i>F1x.9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificación</i> .....	49
<i>F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos</i> .....	49
<i>F13.0 Intoxicación aguda por sedantes o hipnóticos</i> .....	49
<i>F15.3 Estado de abstinencia por otros estimulantes</i> .....	50
 DSM-IV- TR.....	 51
 BIBLIOGRAFÍA .....	 63

## INTRODUCCIÓN

El presente documento, dirigido al médico general, médico familiar y otros especialistas interesados en la atención de las adicciones, aporta los lineamientos sobresalientes para apoyar las actividades clínicas que promuevan la adecuada ejecución diagnóstica. También, incluye los lineamientos terapéuticos para cuadros agudos relacionados con el uso de sustancias psicotrópicas.

Contiene estrategias efectivas para enfrentar el uso y abuso de sustancias adictivas; acciones enfocadas a la desintoxicación, tratamiento farmacológico y terapias de intervención en crisis.

Para cumplir con estos propósitos se deben integrar al menos tres objetivos:

- a) Reducir la dependencia de sustancias psicoactivas y prevenir recaídas.
- b) Disminuir la morbilidad y mortalidad causadas o asociadas con el uso de drogas.
- c) Promover la rehabilitación y reinserción social.

Investigaciones recientes señalan que 30% de los pacientes atendidos en salas de urgencias presentan problemas agudos vinculados con la automedicación y el abuso de sustancias. El fenómeno de las adicciones, entendido como un problema de salud pública y por la dinámica de su comportamiento, hace necesario actualizar los componentes de los programas de atención y diseñar nuevas estrategias para contender con el abuso y la dependencia. En esta línea de pensamiento, organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU),

Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), han elaborado propuestas sobre mejores prácticas en materia de tratamiento. En México, los esfuerzos realizados en este ámbito evidencian la necesidad de efectuar un tratamiento multidisciplinario que logre alcanzar mayores niveles de efectividad.

La normatividad oficial vigente sobre Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica (NOM-025SSA2-1994), el Expediente Clínico (NOM-168SSA1-1998) y la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (NOM-028SSA2-1999), garantizan que las acciones se otorguen con calidad y de manera oportuna.

Para ofrecer una atención situacional adecuado y en consecuencia, un mejor pronóstico, la estrategia terapéutica debe considerar una evaluación completa del paciente, e incluir acciones tendientes a identificar trastornos psiquiátricos asociados (comorbilidad psiquiátrica) y problemas médicos relacionados con el consumo.

“Pautas de tratamiento para la atención de usuarios de Benzodiazepinas” aporta una visión actualizada del tema, a través de la revisión de la literatura más reciente hasta el momento en la materia, que permite continuar con el esfuerzo educativo y terapéutico de nuestra institución.

## **BENZODIACEPINAS**

Las benzodiazepinas, son una de las herramientas farmacológicas más efectiva y segura en la neuropsiquiatría, en 1957 se desarrolló la primera benzodiazepina, llamada clordiazepóxido, el cual continúa siendo utilizado en algunos países, a la par del desarrollo e introducción de nuevos compuestos benzodiazepínicos.

Actualmente son los psicofármacos más ampliamente prescritos a nivel mundial por sus propiedades sedantes, hipnóticas, ansiolíticas, miorrelajantes y anticonvulsivas.

Se le ha dado una gran relevancia en los escritos no especializados al abuso y mal uso de las benzodiazepinas, y aunque siempre debe ser evaluado el potencial de abuso del paciente, es de similar importancia no distorsionar los beneficios potenciales de cualquier medicamento.

### **Presentación, vías de administración**

La presentación de las benzodiazepinas puede ser en forma de tabletas, cápsulas, grageas, solución e inyectable.

### **Aspectos farmacológicos**

Las benzodiazepinas, los barbitúricos y las sustancias similares a éstos, tienen su efecto primario en el complejo del receptor del ácido gamma-amino butírico (GABA) que es el neurotransmisor inhibitorio más importante del Sistema Nervioso Central (SNC); se estima que entre el 30 y 50% de las sinapsis a nivel cerebral son gabaérgicas.

Las benzodiazepinas son agentes GABA agonistas indirectos. Éstas potencian o amplifican la neurotransmisión gabaérgica acoplándose a un sitio específico de unión para las benzodiazepinas del sistema GABA tipo A ( $GABA_A$ ); el cual se cree, también es sitio

de unión para los barbitúricos y sustancias similares. Cuando una benzodiazepina, un barbitúrico o una sustancia similar a éstos se une a dicho complejo, incrementa la afinidad del receptor por su neurotransmisor endógeno –GABA– y aumenta el flujo de iones negativos de cloro hacia el interior de la neurona; ésta se hiperpolariza en relación con el espacio extracelular desencadenando un efecto inhibitorio.

Todas estas sustancias inducen tolerancia y dependencia; pero los mecanismos mejor conocidos son los relacionados con las benzodiazepinas.

Las benzodiazepinas afectan la actividad del SNC en todos niveles y actúan con mayor intensidad sobre ciertas estructuras. Al incrementarse la dosis sus efectos pasan de manera progresiva de la sedación a la hipnosis, luego al estupor, el coma y a la depresión intensa que puede conducir a un paro cardiorrespiratorio y a la muerte.

De manera errónea a algunas benzodiazepinas que provocan amnesia de los eventos subsiguientes a su administración (amnesia anterógrada), se les adjudica un efecto “anestésico”; sin embargo, no provocan anestesia total, no se alcanza una relajación suficiente para la cirugía y el paciente conserva el estado de conciencia.

Algunas benzodiazepinas inducen hipotonía muscular sin interferencia con locomoción normal y pueden disminuir la rigidez en pacientes con parálisis cerebral. El clonazepam a dosis no sedantes, no produce relajación muscular en los pacientes, pero el diazepam y la mayor parte de las otras benzodiazepinas sí.

El clonazepam, nitrazepam y nordazepam se encuentran entre los compuestos con mayor selectividad anticonvulsiva. Las benzodiazepinas suprimen también las convulsiones secundarias a la abstinencia del alcohol. A diferencia de los barbitúricos las benzodiazepinas no causan hiperalgesia.

Los efectos de las benzodiazepinas en el Electroencefalograma (EEG) en vigilia se asemejan a aquéllos producidos por otras

drogas sedantes. La actividad alfa se disminuye pero se incrementa la actividad rápida de bajo voltaje; con el uso crónico se presenta tolerancia a estos efectos.

## Neuropsicofarmacología

Se sabe que en el SNC existen dos subtipos de receptores para las benzodiazepinas (también llamados receptores W), receptores BZ1 (W1) y BZ2 (W2). Los receptores BZ1 posiblemente están más implicados con los mecanismos del sueño y los BZ2 con la cognición, la memoria y el control motor.

Receptores de las benzodiazepinas en el SNC	
<i>Receptor</i>	<i>Efecto</i>
BZ1 (W1)	Sueño
BZ2 (W2)	Cognición Memoria Control motor

El uso prolongado de benzodiazepinas atenúa los efectos causados por el agonista sobre el receptor; específicamente, provoca la estimulación en los receptores GABA<sub>A</sub> dando como resultado un menor flujo de iones cloro que el presentado previo a la administración de estas drogas.

Los agonistas de las benzodiazepinas provocan varios procesos que dan como resultado una regulación a la baja del receptor GABA<sub>A</sub>. Estos agonistas producen una desensibilización aguda del receptor (taquifilaxis) y promueven el secuestro del receptor GABA<sub>A</sub>

en las neuronas corticales. Su administración crónica desacopla el GABA y el sitio de unión a benzodiazepinas. Los mecanismos que subyacen en este desacoplamiento son desconocidos, aunque se han sugerido cambios en la fosforilación, alteración en la composición de la subunidad, así como cambios conformacionales. Se han reportado hallazgos contradictorios en cuanto a las alteraciones en la densidad de los receptores. La afinidad de unión no se ve alterada por la administración crónica, aunque las alteraciones en el receptor que llevan hacia el desacoplamiento tienen gran importancia en el desarrollo de la tolerancia.

Los cambios en la función del receptor GABAA no explican por completo ese fenómeno clínico; por ejemplo, aunque los pacientes desarrollan tolerancia a los efectos sedantes de las benzodiazepinas, sus efectos ansiolítico y amnésico son relativamente persistentes.

## **Efectos en el sueño**

La mayoría de las benzodiazepinas disminuyen la latencia al sueño, especialmente en pacientes que no las han utilizado con anterioridad. También disminuyen el número de despertares y el tiempo transcurrido en la etapa 0 (etapa de alerta); de tal manera que el uso de las benzodiazepinas provoca el incremento de sueño total, principalmente por el incremento del tiempo transcurrido en la etapa 2 (que es principalmente sueño no-MOR). Este efecto es más pronunciado en los sujetos que presentan un tiempo total de sueño acortado. Adicionalmente, existe una disminución en las etapas de sueño 1 (somnolencia) y en las etapas 3 y 4 (sueño de ondas lentas).

En su mayoría, estos medicamentos incrementan el tiempo entre el inicio del sueño de husos y la primera aparición de sueño MOR; el tiempo transcurrido en el sueño MOR regularmente se acorta, a pesar de que el número de ciclos de sueño MOR se incrementa—mayormente en el sueño tardío—.

Los efectos en el sueño por el uso crónico de las benzodiazepinas usualmente disminuyen. Cuando el uso se interrumpe, el patrón de los cambios inducidos por estos medicamentos en los parámetros de sueño pueden “rebotar” y presentarse un incremento en la cantidad y densidad de sueño MOR. Sin embargo, si la dosis no fue excesiva, los pacientes notarán solamente un acortamiento en el tiempo de sueño, en vez de una exacerbación del insomnio.

### **Efectos de las benzodiazepinas sobre el sueño**

ETAPA	EEG	EFEECTO
Despierto Etapa 0	Alta frecuencia baja amplitud	Induce sueño
Etapa 1-2	Baja frecuencia alta amplitud=despierto	Prolonga
Etapa 3	Baja frecuencia alta amplitud	Acorta
Etapa 4	Baja frecuencia alta amplitud	Anula
REM	Alta frecuencia baja amplitud	Acorta

A pesar de los cambios mencionados el uso de benzodiazepinas no altera los picos plasmáticos nocturnos de hormona del crecimiento, prolactina y hormona luteinizante.

### **Farmacocinética**

Administradas de forma oral, las benzodiazepinas son bien absorbidas por el tracto gastrointestinal, uniéndose predominantemente a las proteínas plasmáticas y alcanzando su concentración más alta entre 30 minutos y seis u ocho horas después.

El clorazepato, antes de absorberse, se metaboliza en el estómago a su metabolito activo. La alta solubilidad en lípidos de las benzodiazepinas les permite un fácil acceso al cerebro y también prolonga su actividad en personas con sobre peso.

## **Metabolismo**

Las benzodiazepinas son metabolizadas principalmente a través del hígado y la mayoría son biotransformadas por oxidación o metabolismo de fase I. Algunas, incluyendo el lorazepam, temazepam y lormetazepam, son biotrasformadas por conjugación a glucuronidos inactivos, sulfatos y sustancias acetiladas; este proceso también es conocido con metabolismo de fase II.

Otras benzodiazepinas como el diazepam, el clordiazepoxido y el flurazepam, son metabolizadas a través de ambos procesos (fase I y fase II).

Su uso presenta mayor riesgo en personas con función hepática alterada, ancianos y alcohólicos; las benzodiazepinas que son metabolizadas sólo por fase II son mejor toleradas por esta población.

La duración de la acción de la benzodiazepina está relacionada con su solubilidad en lípidos, su rapidez en llegar y abandonar el cerebro y vida media de la propia sustancia o de sus metabolitos, los cuales pueden tener una vida media mucho más prolongada, como en el caso del hipnótico flurazepam que tiene vida media de sólo dos o tres horas, en tanto que la de su principal metabolito, N-desalquilflurazepam, es de más de 50 horas. En el caso del diazepam y su metabolito, el desmetildiazepam, ambos cuentan con una vida media larga.

La tasa de eliminación y la vida media también pueden estar influidas por el tiempo durante el cual el fármaco es administrado y el número de dosis tomadas al día.

### Características generales de algunos agonistas benzodiazepínicos

Fármaco	Vida media (horas)	Velocidad de absorción	Equivalencia de dosis	Indicación
Clonazepam	Larga (metabolito, > 20)	Rápida	0.5	Ansiolítico
Diazepam	Larga >20 (Nordiazepam- Larga > 20)	Rápida	5	Ansiolítico Preanestésico
Alprazolam	Intermedia (6-20)	Media	0.25	Ansiolítico
Lorazepam	Intermedia (6-20)	Media	1	Ansiolítico Preanestésico
Oxacepam	Intermedia (6-20)	Lenta	15	Ansiolítico
Temazepam	Intermedia (6-20)	Media	5	Hipnótico
Clordiazepoxido	Intermedia (6-20) (Demetilclordiazepoxido- Intermedia, 6-20) (Demoxepam-Larga >20) (Nordiazepam-Larga >20)	Media	10	Ansiolítico
Flurazepam	Corta (<6) (N-hidroxietylflurazepam-Corta) (N-desalquilflurazepam-Larga >20)	Rápida	5	Hipnótico
Triazolam	Corta (<6)	Rápida	0.1-0.03	Hipnótico
Clorazepato	Corta (<6) (Nordazepam-Larga>20)	Rápida	7.5	Ansiolítico
Halazepam	Corta (<6) (Nordazepam-Larga >20)	Media	20	Ansiolítico
Pracepam	Corta (<6) (Nordazepam >20)	Lenta	10	Hipnótico
Estazolam	Intermedia (6-20) (4-hidroxiestazolam-Intermedia)	Rápida	0.33	Hipnótico
Quazepam	Larga(>20) (2-oxoquazepam-N- desalquilflurazepam—larga>20)	Rápida	5	Hipnótico
Midazolam	Corta (<6)	Rápida	1.25-1.7	Preanestésico
Zolpidem	Corta (<6)	Rápida	2.5	Hipnótico

Fuente: Uhde T, Tancer M. "Benzodiazepine receptor agonists and antagonists" en *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Sexta edición.

## **EFFECTOS EN SISTEMAS ESPECÍFICOS Y REACCIONES ADVERSAS**

### **Sistema nervioso central**

Los efectos más comunes de las benzodicepinas pueden ser atribuidos a su acción depresora del SNC. Por lo tanto, pueden ser asociadas a la somnolencia diurna cuando se utilizan a dosis excesivas. Como consecuencias de los efectos sedantes de algunas benzodicepinas (triazolam, por ejemplo), son utilizadas exclusivamente como hipnóticos en la práctica clínica. Las no hipnóticas presentan también un amplio rango de efectos sedantes. Por ejemplo, a dosis antipánico igualmente efectivas, el clonazepam produce con mayor frecuencia una mayor sedación que el alprazolam. Todos los agonistas benzodicepínicos disponibles en la actualidad, si se administran a dosis suficientemente altas, como suele ocurrir en la autoadministración o abuso con fines de intoxicación, producen aletarg.

El uso de benzodicepinas de larga duración puede presentar una sensación inesperada de enlentecimiento con una dosis que no producía sedación; esta reacción retardada puede ser explicada por el incremento progresivo de los niveles del medicamento, el cual no logra estabilidad, hasta aproximadamente cinco medias vidas posteriores al inicio del tratamiento. Como una manera de balancear este efecto de la acumulación de los niveles sanguíneos, se comienza a presentar tolerancia a los efectos sedantes. Si se administra una dosis más alta o existe intolerancia al medicamento, se presentaran ataxia, disartria y desorientación.

Las personas mayores, son particularmente proclives a presentar ataxia y caídas inesperadas. Las benzodicepinas han sido asociadas a una sensación de vértigo, cefalea, visión borrosa, y pesadillas o sueños muy gráficos. Su uso también se asocia con una desinhibición conductual que da como resultado el inicio o acentuación de conductas bizarras como sonambulismo, ideación suicida, automutilación y violencia, la cual suele ser mas frecuente en personas con antecedentes de problemas en el control de impulsos.

Estos medicamentos pueden producir amnesia anterógrada, la cual llega a presentarse aun después de una dosis única de benzodiacepina de alta potencia y de vida media corta, como el triazolam. El consumo de alcohol parece incrementar esta posibilidad.

Los potenciales efectos negativos del uso a largo plazo de benzodiacepinas en la adquisición, retención, consolidación y recuperación de información nueva y remota son tema de investigación en el campo del aprendizaje y la memoria. Muchos médicos que se especializan en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, creen que la administración a largo plazo de estas sustancias da como resultado una mejora en la concentración y consolidación de la información, en comparación con el estado previo a su administración. Más aún, las benzodiacepinas no impiden a la persona el recordar información almacenada antes de comenzar el tratamiento. Sin embargo, pacientes mayores pueden presentar fallas de memoria clínicamente relevantes (y con frecuencia no reconocidas) a pesar de la reducción de la ansiedad.

La evaluación del riesgo beneficio del tratamiento con benzodiacepinas deberá incluir la evaluación de las funciones amnésicas, particularmente en pacientes geriátricos.

Las alteraciones en la consolidación y la recuperación de la información aprendida o recientemente adquirida puede presentarse en pacientes con una respuesta terapéutica excelente.

## **Sistemas cardiopulmonar y vascular**

Los efectos de las benzodiacepinas en la función cardíaca y respiratoria dependen de la dosis y ruta de administración. A dosis terapéuticas, no producen efectos clínicamente significativos en la frecuencia o ritmo cardíaco ni en la función pulmonar, en personas que no tienen antecedentes o problemas médicos relacionados.

Sin embargo, las dosis altas (por ejemplo; sobredosis tóxicas) o aquéllas administradas por vía intravenosa (como el diazepam o midazolam), pueden resultar en una disminución del flujo san-

guíneo cerebral y depresión o paro cardiorrespiratorio. La administración de benzodiazepinas combinadas con otros depresores del SNC, como los narcóticos, el alcohol, y los barbitúricos incrementan la probabilidad de un fallo respiratorio, apnea o paro cardiaco.

Las personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica o apnea del sueño, pueden experimentar una disminución en el impulso respiratorio, dando como resultado una narcosis por dióxido de carbono o un incremento en los episodios apneicos, aun a dosis bajas.

## **Sistema gastrointestinal**

Existe evidencia indirecta de que la activación selectiva por estrés de ciertos núcleos de la amígdala, incrementan la formación de lesiones gástricas en animales. Los receptores de benzodiazepinas se encuentran localizados en el sistema límbico, incluyendo a la amígdala, y tanto los agonistas GABA como los benzodiazepínicos disminuyen la formación de lesiones gástricas mediadas por estrés (en animales), efecto que es bloqueado por el flumazenil. Tales observaciones sugieren que la ansiedad –o las alteraciones mediadas por estrés en la actividad GI, y posiblemente la formación de úlceras gástricas puede verse aminorada con el uso de las benzodiazepinas.

## **Sistema renal y genitourinario**

La presencia de incontinencia y la exacerbación de una ya existente, ha sido reportada por los usuarios de benzodiazepinas, mas frecuentemente en personas mayores; y suele relacionarse con frecuencia a estados confusionales asociados.

Aun a dosis bajas, han sido asociadas con disfunciones sexuales como disminución del deseo, incapacidad para lograr o mantener la erección y anorgasmia.

## Otros sistemas

Raramente se han relacionado las benzodicepinas con dolor articular, fatiga o debilidad muscular, sudoración, disnea, y neutropenia u otras discrasias sanguíneas. Su uso se ha asociado a escalofríos, fiebre, sensación de quemazón en los pies y manos, sequedad de boca e incremento de peso.

Cuando se administran por vía intravenosa, las benzodicepinas pueden causar flebitis y trombosis venosa. También se han reportado erupciones cutáneas como urticarias y prurito.

## Hallazgos de laboratorio y gabinete

Los niveles de benzodicepinas pueden ser detectados por diferentes pruebas de laboratorio y cuando se encuentran dentro de rangos terapéuticos, existe una relación dosis-nivel del medicamento.

Los niveles de estos medicamentos se pueden ver alterados por el uso de otros. En la tabla siguiente se mencionan algunos que tienen interacciones importantes con las benzodicepinas.

Interacción de las benzodicepinas con otras drogas		
<b>Disminuyen la absorción</b>		
Antiácidos		
<b>Incrementan la depresión del SNC</b>		
Antihistamínicos		
Barbitúricos y otras drogas de acción similar		
Antidepresivos cíclicos		
Etanol		
<b>Incrementan los niveles de las benzodicepinas</b> (compiten por las enzimas microsomales; efecto pobre o nulo con lorazepam, oxacepám y temazepam)		
Cimetidina	Eritromicina	Fluoxetina
Disulfiram	Estrógenos	Isoniacida
<b>Disminuyen los niveles de las benzodicepinas</b>		
Carbamazepina (posiblemente otros anticonvulsivos)		

Fuente: Arana GW, Hyman SE (1991). *Handbook of Psychiatric Drug Therapy*. Segunda edición, Little, Brown, Boston.

Las pruebas cualitativas, son de utilidad para detectar si una persona esta usando benzodiazepinas.

Estos medicamentos tienen un perfil noble en relación con las alteraciones que pueden provocar en las pruebas de laboratorio. Ocasionalmente se han reportado elevaciones de las transaminasas y fosfatasa alcalina.

## **Panorama epidemiológico**

A pesar de ser probablemente los medicamentos psiquiátricos de mayor prescripción en el mundo, no se cuenta con un registro fiable sobre el número de casos de personas con problemas relacionados con el uso de benzodiazepinas. Lo anterior debido a que, con frecuencia, éstas se agrupan dentro del rubro de drogas de uso médico o en el de tranquilizantes.

En abril de 2004 se publicó en los Estados Unidos un reporte de consultas al servicio de urgencias relacionadas con el abuso de benzodiazepinas en el periodo comprendido entre 1995 y 2002.

En este estudio se señala que en el periodo comprendido las consultas se incrementaron en un 41%, de 71,609 a 100,748. En contraste, las consultas al servicio de urgencias relacionadas al abuso de drogas en general fue de 31%.

El número de consultas se mantuvo estable entre los años 2001 y 2002, pero existió una variación en la tendencia entre las drogas individuales. Entre las benzodiazepinas que se especificaba el nombre, se observó un incremento del 62% para el alprazolam y un 33% para el clonazepam, para el periodo entre 1995 al 2002. En el 2002, el 33% de las benzodiazepinas se catalogaron con no especificadas, incrementándose éstas en un 199% entre 1995 y 2002.

Cerca de tres cuartas partes de las visitas relacionadas con las benzodiazepinas (78%) involucraron dos o más drogas. En promedio se reportaron dos drogas por cada visita.

Las benzodiacepinas se combinaron con mayor frecuencia con el alcohol, drogas ilícitas y analgésicos opioides. El alcohol estaba involucrado en más del doble de las consultas, así como la marihuana, la cual ocupa el segundo lugar. Más aún, cuando se colocan por orden de frecuencia las combinaciones de otras drogas, el alcohol se registra en ocho de las 15 principales combinaciones.

Cuando se encuentran involucradas múltiples sustancias en las consultas al servicio de urgencias, no siempre es posible determinar cuál de las sustancias provocó la consulta, o si ésta fue el resultado de la interacción entre las sustancias. Por tanto, es posible que en algunas de estas consultas el uso de las benzodiacepinas fuera incidental.

**Sustancias que con mayor frecuencia se combinan  
con benzodiacepinas: 2002**

Rango	Droga	Tipo de droga	Consultas
1	Alcohol	Legal	33,130
2	Mariguana	Ilegal	14,795
3	Cocaína	Ilegal	13,961
4	Analgesicos narcóticos no especificados	Analgésico narcótico	10,525
5	Acetaminofen-hidroxicodona	Analgésico narcótico	5,653
6	Heroína	Ilegal	4,040
7	Anfetaminas	Ilegal/estimulante	3,092
8	Metadona	Analgésico narcótico	3,013
9	Oxicodona	Analgésico narcótico	2,807
10	Carisoprodol	Relajante muscular	2,643
11	Barbitúricos no especificados	Hipnóticos-sedantes	2,579
12	Zolpidem	Hipnóticos-sedantes	2,425
13	Paroxetina	Antidepresivo	1,902
14	Acetaminofen-oxicodona	Analgésico narcótico	1,743
15	Acetaminofen	Analgésico	1,649

Fuente: Office of Applied Studies, SAMHSA (2002). *Drug Abuse Warning Network*, (3/2003 update).

## Situación en México

A la par de los registros mundiales, en nuestro país no se cuenta con uno específico para las benzodiacepinas. En la Encuesta Nacional de Adicciones del 2002, están incluidas dentro de las drogas de uso médico (opiáceos, tranquilizantes, sedantes, barbitúricos o anfetaminas). De estas drogas se reporta un consumo en la población total entre 12 y 65 años ( $n = 69\ 767\ 067$ ) del 1.21%, con una edad de inicio promedio de 28 años.

Recientemente el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones (SISVEA) publicó el reporte concerniente al primer semestre de 2004, en el cual Centros de Integración Juvenil proporciona datos sociodemográficos específicos de una benzodiacepina (el flunitrazepam, Rohypnol®). Aunque en este reporte se incluyen datos relacionados con drogas de uso médico, no se especifica si en éstas están incluidas las benzodiacepinas.

### Patrón de consumo de la población que acude a Centros de Integración Juvenil, primer semestre de 2004 ( $n = 9977$ )

Características	Flunitrazepam ( $n = 45$ )	Drogas de uso médico ( $n = 155$ )
Sexo	Porcentaje	Porcentaje
Masculino	82.1	72.3
Femenino	17.8	27.7
Edad		
14 años o menos	0.0	0.0
10 – 14 años	0.0	7.1
15 – 19 años	33.3	10.3
20 – 24 años	20.0	11.0
25 – 29 años	22.2	13.5
30 – 34 años	17.8	16.1
35 años o más	6.7	41.9
Escolaridad		
Primaria	6.7	21.9
Secundaria	75.6	37.4
Preparatoria	13.3	17.4
Técnica	2.2	8.4
Profesional	0.0	11.6

Características	Flunitrazepam (n = 45)	Drogas de uso médico (n = 155)
Analfabeta	0.0	0.0
Otro		0.6
<b>Estado civil</b>		
Soltero	66.7	29.7
Casado	11.1	49.0
Divorciado	0.0	2.6
Separado	4.4	3.9
Viudo	0.0	0.0
Unión libre	17.8	14.8
<b>Nivel socioeconómico</b>		
Alto y medio alto	15.6	13.5
Medio bajo	48.9	51.0
Medio	8.9	5.8
Bajo	17.8	12.9
<b>Frecuencia actual</b>		
Diario	55.6	32.3
2 a 3 veces por semana	11.1	9.0
1 vez por semana	4.4	13.5
1 a 3 veces al mes	8.9	10.3
1 a 11 veces al año	2.2	0.6
<b>Edad de inicio</b>		
9 años o menos	2.2	5.2
10 – 14 años	42.2	27.1
15 – 19 años	51.1	43.9
20 – 24 años	4.4	11.6
25 – 29 años	0.0	3.2
30 – 35 años	0.0	3.2
35 años o más	0.0	3.9
<b>Droga de inicio</b>		
Alcohol	17.8	31.6
Mariguana	20.0	7.7
Inhalables	4.4	1.3
Cocaína	4.4	0.0
Tabaco	24.4	35.5
Antidepresivos	2.2	1.3
Flunitrazepam	24.4	0.0
Crack	2.2	0.0
Opioides	0.0	1.9
Tranquilizantes	0.0	3.2
Barbitúricos	0.0	2.6
Anfetaminas	0.0	14.8

Fuente: SISVEA, Centros de Integración Juvenil, 2004.

**Patrón de consumo de la población que acude a centros  
no gubernamentales de tratamiento, 2004 (n = 41135)**

Características	Flunitrazepam (n = 94)	Drogas de uso médico (n = 19.5)
<b>Sexo</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje</b>
Masculino	92.6	83.6
Femenino	3.2	8.1
<b>Edad</b>		
14 años o menos	2.1	0.5
15 – 19 años	22.3	5.6
20 – 24 años	22.3	15.4
25 – 29 años	11.7	12.3
30 – 34 años	20.2	19.5
35 años o más	20.2	46.7
<b>Escolaridad</b>		
Sin escolaridad	4.3	2.1
Primaria	31.1	26.6
Téc. post primaria	1.1	0.5
Secundaria	38.7	28.1
Téc. post secundaria	2.2	2.1
Preparatoria	18.3	21.9
Licenciatura	4.3	14.1
Posgrado	0.0	4.7
<b>Estado civil</b>		
Soltero	67.7	37.1
Casado	12.9	38.7
Divorciado	3.2	3.1
Separado	7.5	8.2
Viudo	1.1	0.5
Unión libre	7.5	12.4
<b>Situación laboral</b>		
Estudiante	5.4	3.7
Desempleado	30.1	16.9
Desocupado	11.8	13.8
Trabajo fijo	18.3	39.2
Trabajo ocasional	34.4	20.6
Ama de casa	0.0	4.2
Jubilado	0.0	1.6

Características	Flunitrazepam (n = 45)	Drogas de uso médico (n = 155)
<b>Frecuencia actual</b>		
Diario	79.6	73.6
2 a 3 veces por semana	5.4	8.8
1 vez por semana	10.8	9.8
1 a 3 veces al mes	3.2	3.6
1 a 11 veces al año	1.1	4.1
<b>Edad de inicio</b>		
9 años o menos	4.3	4.1
10 – 14 años	55.3	26.3
15 – 19 años	35.1	41.2
20 – 24 años	2.1	10.8
25 – 29 años	0.0	4.1
30 – 35 años	0.0	6.7
35 años o más	3.2	6.7
<b>Droga de inicio</b>		
Alcohol	25.5	24.6
Mariguana	33.0	16.4
Inhalables	7.4	1.0
Alucinógenos	0.0	0.5
Cocaína	1.1	5.1
Tabaco	17.0	19.0
Antidepresivos	0.0	0.5
Flunitrazepam	7.4	0.0
<i>Crack</i>	0.0	0.0
Opioides	0.0	15.4
Tranquilizantes	0.0	0.0
Barbitúricos	0.0	0.0
Anfetaminas	0.0	14.4

Fuente: SISVEA, centros de tratamiento no gubernamentales, 2004.

En cuanto a la utilización de los servicios de urgencias hospitalarias, se refiere a la información obtenida durante las semanas típicas (una cada semestre), con base en una estrategia centinela en los servicios de urgencia de hospitales generales y servicios de atención como la Cruz Roja. En el año 2004 participaron los estados de Campeche, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Estado de México, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Yucatán y Zacatecas, con un total de

150 hospitales; de ellos el 32% pertenece a la zona Sur, el 48.7 a la zona Centro y el 19.3 a la zona Norte.

Se registraron 14,967 ingresos a los Servicios de Urgencia de Hospitales, de los cuales 914 individuos (6.1%), se encontraron bajo el efecto de alguna sustancia psicoactiva, y de ellos 605 (66.2%) sufrió alguna lesión por causa externa.

Desafortunadamente en estas estadísticas no se separaron las benzodiazepinas del grupo de drogas médicas. Las lesiones que se presentaron con mayor frecuencia fueron: caídas, intoxicación y accidentes automovilísticos.

A pesar de ser probablemente los medicamentos psiquiátricos de mayor prescripción en el mundo, no se cuenta con un registro fiable sobre el número de casos con problemas relacionados con el uso de benzodiazepinas. Se han realizado estimados en otros países en relación con el posible número de personas que abusan o hacen mal uso de éstas, reportando números muy bajos al respecto.

Existe evidencia sustancial de que los pacientes que abusan de otras drogas, con frecuencia utilizan las benzodiazepinas. Su uso con frecuencia busca disminuir o amplificar los efectos de otras drogas (disminuir los efectos de la cocaína o amplificar los efectos de los opioides).

## **Cuadros clínicos por el uso de benzodiazepinas**

### **Intoxicación con benzodiazepinas**

Los síntomas de la intoxicación con benzodiazepinas suelen manifestarse a través de la depresión del SNC. La rapidez con que se presentan y el grado de intensidad de los mismos, se relaciona con la vía de administración, el tipo de benzodiazepina y la dosis administrada; cuando la administración ha sido por vía intravenosa suelen iniciarse rápidamente, cuando es por vía oral, los efectos aparecen entre los 30 y 120 minutos después del uso.

Los síntomas más frecuentes son sedación, somnolencia, disartria, lenguaje farfullante, deterioro de la atención o de la memoria, ataxia, *nistagmus* y pupilas mióticas o intermedias. Puede haber además hiporreflexia, incoordinación motora, marcha inestable, hipotermia e hipotensión con taquicardia compensatoria; labilidad del estado de ánimo, deterioro de la capacidad de juicio, náusea y vómito. Ocasionalmente pueden observarse comportamiento sexual inapropiado y algunos efectos paradójicos como agresión, excitación, psicosis o deterioro neurológico importante. Cuando la intoxicación es severa puede evolucionar al estupor o al coma, lo cual suele estar asociado a la congestión alcohólica y a otros depresores del SNC. El compromiso respiratorio puede desencadenar hipoxia y acidosis secundaria.

<b>Síntomas de intoxicación aguda por benzodiacepínicos</b>
♦ Desinhibición y labilidad afectiva.
♦ Sedación y somnolencia.
♦ Dificultades para hablar, disartria y lenguaje farfullante.
♦ Ataxia, déficit en la coordinación de movimientos y marcha tambaleante.
♦ Déficit en la capacidad de juicio.
♦ Deterioro de la memoria.
♦ Movimientos inusuales de los ojos y <i>nistagmus</i> .
♦ Hipotermia.
♦ Hipotensión y taquicardia compensatoria.
♦ Disminución de los reflejos.
♦ Sialorrea, náusea, vómito, disminución de la motilidad gastrointestinal y estreñimiento.
La intoxicación severa puede evolucionar al estupor o al coma con depresión respiratoria.

## **Criterios para el diagnóstico**

En el anexo se presentan los criterios diagnósticos según la Organización Mundial de la Salud (CIE) y la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM) en sus versiones más recientes.

## **Tratamiento**

Mantener el monitoreo de las constantes vitales y del estado de conciencia. Si se presentan signos de depresión moderada o severa del SNC es conveniente la hospitalización en una unidad de cuidados intensivos; mantener una vía endovenosa permeable, así como una vía aérea permeable colocando un tubo endotraqueal y, en caso necesario, proporcionar asistencia mecánica ventilatoria. Suspender la vía oral hasta que el paciente esté consciente.

En caso de sobredosis puede incluirse el lavado gástrico cuando se cumplan las siguientes condiciones: el tiempo transcurrido después de la ingesta es menor de dos horas, el paciente conserve los reflejos nauseoso y tusígeno o tenga intubación orotraqueal. Por el riesgo de broncoaspiración, la inducción del vómito está contraindicada en pacientes con algún grado de deterioro neurológico.

El uso de carbón activado es conveniente para retrasar la absorción gástrica, 1 g/kg de peso, en solución al 25%, vía oral. No es recomendable administrar una segunda dosis si el paciente no evacua pues se corre el riesgo de desencadenar una obstrucción intestinal.

Después de la administración del carbón activado puede suministrarse un catártico en dosis única, como el sulfato de magnesio (Sal de Epsom®) 250 mg /kg, hasta un máximo total de 30 g, en solución al 25%, o como alternativa, administrar manitol al 20% en dosis de 1 g/kg por vía oral (5 mL/kg).

Si la condición del paciente lo amerita debe utilizarse oxígeno suplementario.

El flumazenil (Lanexat®) es el antídoto específico para la intoxicación por benzodiazepinas y su uso debe restringirse a casos de sedación profunda, depresión respiratoria o coma. El flumazenil es una imidazodiazepina que actúa de forma competitiva inhibiendo los receptores de las benzodiazepinas, y revierte los efectos sedantes y ansiolíticos sin producir depresión respiratoria. La ampolla de 5 ml contiene 0,1 mg/ml; se recomienda administrar 0.2 mg (2 ml) i. v. durante 30 segundos, seguidos de 0,3 mg al cabo de un minuto, 0.5 mg a los dos minutos y 0.5 mg cada minuto hasta alcanzar una dosis total de 3 mg. Si completada esa dosis no se observa ninguna respuesta, es probable que la sedación no se deba a las benzodiazepinas. Cuando la respuesta es parcial, se administran nuevas dosis de 0.5 mg hasta totalizar 5 mg. Raramente, se requieren dosis de hasta 10 mg para la inversión completa. En caso de que la sedación o la depresión respiratoria recidiva, puede adicionarse una infusión continua de 0.1-0.5 mg/hora.

El uso de flumazenil está contraindicado en pacientes con antecedentes convulsivos, dependencia a benzodiazepinas, intoxicación concomitante con cocaína, hidrato de cloral o antidepresivos tricíclicos. Su empleo requiere de la toma de un electrocardiograma previo para descartar intoxicación concomitante por antidepresivos tricíclicos.

No está justificado el uso de diuréticos. Debe de evitarse la inmovilidad prolongada ya que puede generar rabdomiólisis.

## **ABUSO DE BENZODIAZEPINAS**

El abuso de benzodiazepinas puede presentarse bajo dos patrones: el abuso deliberado por parte de personas que usan drogas con fines placenteros y el abuso no intencional por pacientes que comienzan a utilizar benzodiazepinas para el tratamiento de un trastorno de ansiedad y posteriormente se autoadministran dosis mayores a

las prescritas o lo hacen durante un tiempo más prolongado del indicado por el médico.

Quienes abusan de las benzodiazepinas para obtener una sensación placentera, con frecuencia abusan también de otras sustancias con el mismo objetivo, para paliar los efectos desagradables de la abstinencia a opioides o tratar los efectos adversos de otras drogas como la cocaína y otros psicoestimulantes.

Con frecuencia las personas que abusan de las benzodiazepinas se convierten en dependientes.

## **Dependencia farmacológica vs. adicción**

Un individuo que es adicto a las benzodiazepinas por lo común es farmacológicamente dependiente del medicamento; sin embargo, pueden presentarse casos de individuos con dependencia física que no son adictos. La adicción requiere la presencia de una conducta de búsqueda compulsiva de los medicamentos, así como la pérdida de control detallada en el DSM. Entre los usuarios “legítimos” de benzodiazepinas, la dependencia física puede ser resultado del uso regular a largo plazo en concordancia con las instrucciones del médico, pero esto no constituye una adicción.

La dependencia farmacológica es una forma natural de adaptación en respuesta al uso continuo de cierta variedad de fármacos que afectan al SNC. Esta adaptación es la base biológica de la tolerancia farmacológica y los síntomas de abstinencia o el fenómeno de rebote al interrumpir el uso del fármaco.

En consecuencia, la adicción generalmente incluye: tolerancia a la sustancia y necesidad de dosis mayores para lograr la intoxicación o el efecto deseado; síntomas de abstinencia al discontinuar el uso de la droga y, frecuentemente la autoadministración de la sustancia para aliviar los síntomas desagradables de la abstinencia; las conductas de búsqueda y/o uso que requieren una considerable cantidad de tiempo o esfuerzo (por ejemplo,

acudir con diferentes médicos para obtener las recetas, comprarlas en la calle, comprar recetas falsas o falsificarlas), conductas negligentes o interrupción de obligaciones y actividades familiares, ocupacionales, recreacionales y sociales, que antes se consideraban importantes; así como el uso recurrente a pesar de sus consecuencias negativas. Aunque la dependencia fisiológica (manifiesta por la tolerancia y la abstinencia) es típica de la adicción, no es un criterio requerido para diagnosticarla.

## **Trastornos inducidos por benzodiazepinas**

Los síndromes que con mayor frecuencia se presentan son los descritos con anterioridad (intoxicación, abstinencia y discontinuación); sin embargo, debe tenerse presente que también pueden manifestarse trastornos del estado de ánimo, del sueño y sexuales, que aunque no son tan frecuentes tienen importante significación clínica.

## **Delirium por intoxicación o por abstinencia por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos**

Este síndrome de origen multifactorial, tiene como características sobresalientes la alteración fluctuante del estado de conciencia, que se manifiesta por la disminución de la capacidad de atención del entorno, y por la alteración de las funciones cognitivas que incluyen deterioro de la memoria, desorientación y alteraciones del lenguaje; se desarrolla en un breve periodo y no pueden ser explicado por la preexistencia o el desarrollo de una demencia. Se acompaña por alteraciones perceptivas como interpretaciones erróneas, ilusiones y alucinaciones, que pueden determinar el estado afectivo y conductual del paciente. Pueden presentarse alteraciones del ciclo sueño-vigilia y de la actividad psicomotriz; ansiedad, irritabilidad, euforia o apatía.

## Delirium por intoxicación o por abstinencia

Alteración fluctuante del estado de conciencia.
Deterioro de la capacidad de atención.
Funciones cognitivas alteradas: deterioro de la memoria, desorientación y alteraciones del lenguaje.
Sensopercepción alterada: interpretaciones erróneas, ilusiones y alucinaciones.
Alteraciones del ciclo sueño-vigilia.
Alteraciones de la actividad psicomotriz.
Ansiedad, irritabilidad, euforia o apatía.

En población geriátrica expuesta a la prescripción y abuso de otros psicofármacos que recibe benzodiazepinas suele ser frecuente el desarrollo de este síndrome por intoxicación o abstinencia.

### Criterios para el diagnóstico

En el anexo se presentan los criterios diagnósticos según la Organización Mundial de Salud (CIE) y la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM), en sus versiones más recientes.

### Tratamiento

Una vez interrumpido el uso de las benzodiazepinas el cuadro clínico se revierte de manera espontánea. Es importante tener en mente la duración de la vida media de la benzodiazepina, lo cual marcará la pauta para conocer el tiempo que durará este síndrome. En caso de persistir debe indagarse la comorbilidad asociada para definir las pautas terapéuticas idóneas.

## **Demencia persistente inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos**

La existencia de la demencia persistente inducida por estas sustancias ha sido controvertida, ya que es una entidad que está claramente definida y de la que se tienen pocos datos concluyentes; sin embargo, existen reportes clínicos y casos en los que se registra la sintomatología correspondiente a este trastorno.

### **Criterios para el diagnóstico**

En el anexo se presentan los criterios diagnósticos según la Organización Mundial de Salud (CIE) y la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM), en sus versiones más recientes.

### **Tratamiento**

No existe un tratamiento específico; se recomienda manejar el tratamiento sintomatológico de los pacientes.

## **Trastorno amnésico persistente inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos**

Los efectos de las benzodiazepinas sobre la memoria han sido descritos desde hace varios años; sin embargo su diagnóstico con frecuencia es pasado por alto. El mayor efecto se presenta en la memoria a corto plazo, pero existen reportes de pacientes con episodios de amnesia secundarios a la utilización de benzodiazepinas por periodos breves y a dosis bajas.

## **Criterios para el diagnóstico**

En el anexo se presentan los criterios diagnósticos según la Organización Mundial de Salud (CIE) y la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM), en sus versiones más recientes.

### **Trastornos psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos: con ideas delirantes o alucinaciones**

Este trastorno regularmente no se presenta con el uso de las benzodiazepinas, pero durante la intoxicación o abstinencia a barbitúricos puede aparecer hasta una semana después de suspenderse el medicamento.

## **Criterios para el diagnóstico**

En el anexo se presentan los criterios diagnósticos según la Organización Mundial de Salud (CIE) y la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM), en sus versiones más recientes.

### **Trastorno del estado de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos**

Aunque poco frecuentes, los trastornos del estado de ánimo inducidos por estas sustancias llegan a ser lo suficientemente significativos. Debe tenerse en cuenta que las benzodiazepinas con frecuencia se prescriben a pacientes con un trastorno afectivo (depresivo o maniaco) para ayudar a aliviar los síntomas de estos padecimientos, y que pueden ser estos mismos síntomas afectivos los que persistan, dando la impresión errónea de que estos son causados por el medicamento.

## **Criterios para el diagnóstico**

En el anexo se presentan los criterios diagnósticos según la Organización Mundial de Salud (CIE) y la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM), en sus versiones más recientes.

### **Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos**

Son probablemente los padecimientos que se presentan con mayor frecuencia, sobre todo al suspender abruptamente el uso de la sustancia. Debido a lo anterior, una gran cantidad de personas no especializadas en el uso de estos medicamentos, los etiquetan como de gran peligro adictivo, siendo que, con un manejo apropiado, éstos presentan un potencial adictivo relativamente bajo.

Al ser la ansiólisis una de las indicaciones principales de las benzodiazepinas, es importante tener en cuenta que al suspender el medicamento, en caso de que se presentara abstinencia, los síntomas no deben explicarse mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Como se enlista en los criterios diagnósticos de la Asociación Psiquiátrica Americana entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen: la aparición de los síntomas precede al consumo; los síntomas persisten durante un tiempo considerable (por ejemplo, alrededor de un mes) después del final del periodo agudo de intoxicación o de abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que se esperaría tienen en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; hay otras pruebas que sugieren la existencia de ansiedad independiente no inducido por sustancias (por ejemplo, una historia de episodios de carácter recidivante no relacionadas con las mismas).

## **Criterios para el diagnóstico**

En el anexo se presentan los criterios diagnósticos según la Organización Mundial de Salud (CIE) y la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM), en sus versiones más recientes.

## **Tratamiento**

En caso de que se presenten estos trastornos se pueden utilizar medicamentos que tengan una acción similar como la carbamazepina a dosis de 600 mg al día, la amitriptilina 100 mg al día, la buspirona 20-30 mg al día o la perfenazina 4 mg al día.

## **Trastorno sexual inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos**

Las benzodiacepinas se han utilizado también para ayudar a personas que presentan trastornos sexuales como el vaginismo, la eyacuación precoz o la dispareunia, sobre todo para disminuir la ansiedad relacionada con la actividad sexual. Sin embargo, no siempre son efectivas para estos padecimientos. En personas sin un trastorno sexual previo, la alteración que con mayor frecuencia se presenta son los trastornos del deseo (deseo sexual hipoactivo), de la excitación (disfunción eréctil) y los orgásmicos (inhibición del orgasmo).

## **Criterios para el diagnóstico**

En el anexo se presentan los criterios diagnósticos según la Organización Mundial de Salud (CIE) y la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM), en sus versiones más recientes.

## **Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos**

Los trastornos del sueño pueden estar presentes en diversos grados de intensidad debido al efecto que las benzodiazepinas tienen sobre la estructura del mismo (ver el apartado sobre efectos en el sueño). Los pacientes que utilizan benzodiazepinas en ocasiones refieren un sueño no reparador y poco profundo, así como la presencia de parasomnias (pesadillas) y movimientos bruscos y súbitos, en las primeras etapas del sueño, lo que provoca que despierten en esos momentos.

Afortunadamente estas alteraciones desaparecen al suspender el uso de las benzodiazepinas.

Como ya se describió previamente, durante la abstinencia se puede presentar insomnio y con muy poca frecuencia hipersomnias.

### **Criterios para el diagnóstico**

En el anexo se presentan los criterios diagnósticos según la Organización Mundial de Salud (CIE) y la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM), en sus versiones más recientes.

### **Tratamiento**

En caso de que se presente insomnio durante la abstinencia a benzodiazepinas, se podrán utilizar alternativas como el zolpidem (5-10 mg al día), o zopiclona 2-3 mg al día. También se pueden utilizar la hidroxizina (25 a 50 mg al día) y la amitriptilina (50 a 100 mg al día) entre otros.

Si se presenta somnolencia excesiva, se podrá utilizar modafinil (100-200 mg al día) por periodos breves, 2 días, y bajo estrecha vigilancia médica mientras se ajusta la dosis o se suspende el medicamento.

## SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR BENZODIACEPINAS

La discontinuación abrupta de las benzodiazepinas provoca un síndrome que se caracteriza por la presencia de ansiedad, insomnio y pesadillas, y en los casos más graves cuadros psicóticos, crisis convulsivas e hiperpirexia.

Los síntomas de abstinencia se manifiestan por alteraciones en el estado de ánimo y la cognición, como ansiedad, aprensión, disforia, irritabilidad, ideación obsesiva y paranoia; alteraciones del sueño que incluyen insomnio, alteraciones en el ciclo sueño-vigilia y somnolencia diurna; signos y síntomas físicos como náuseas, hiporexia, coriza, aumento de sensibilidad a la luz, taquicardia, palpitaciones, tinitus, diaforesis, letargo, agitación, inquietud motora, tensión muscular, temblor mioclónico, hiperreflexia, mialgias, artralgias, ataxia, convulsiones, y alteraciones de la percepción que incluyen hiperacusia, despersonalización, visión borrosa, ilusiones y alucinaciones.

El síndrome se presenta en las primeras 24 horas y alcanza su pico máximo cuando se trata del cese abrupto de benzodiazepinas de vida media corta; pero puede desarrollarse hasta dos semanas más tarde cuando se trata de supresión de una benzodiazepina de larga duración.

Síntomas en la abstinencia a benzodiazepínicos		
Leve	Moderado	Dosis Altas
Anorexia	Ansiedad, nerviosismo y pánico	Convulsiones
Ansiedad leve	Irritabilidad	Delirios
	Trastornos del sueño	Alucinosis
	Alteraciones de la memoria	
	Diaforesis	
	Rinorrea, coriza	
	Aumento de sensibilidad a la luz y los sonidos	
	Palpitaciones	
	Vértigos	
	Disestesias	
	Parestesias	
	Calambres	
	Crisis mioclónicas	

### Factores que influyen en el desarrollo del síndrome de discontinuación de las benzodiacepinas

Dosis	Dosis elevadas
Duración	Administración prolongada
Velocidad de la reducción de la dosis	Retiro abrupto
Psicopatología	Mayor riesgo en personalidad pasivo-dependiente premórbida

### Tratamiento

Al planear la reducción y posterior suspensión de las benzodiacepinas o la atención del cuadro de abstinencia provocado por la cesación abrupta de las mismas, es importante tener presente los factores que influyen en el desarrollo de la dependencia fisiológica: el síndrome de abstinencia puede ser severo y de compromiso vital en los pacientes que toman dosis altas por tiempos prolongados. El cambio a una benzodiacepina de vida media más larga y su reducción gradual es conveniente para evitar complicaciones; la tabla que se presenta a continuación puede utilizarse para establecer las equivalencias de diferentes compuestos benzodiacepínicos:

### Equivalencia de dosis terapéuticas aproximadas

Nombre genérico	Nombre comercial más común	Dosis (mg)
Alprazolam	Tafil®	1
Clordiazepoxido	Librium®	25
Clonazepam	Rivotril®	0.5-1
Clorazepato dipotásico	Tranxene®	15
Diazepam	Valium®	10
Lorazepam	Ativan®	2
Triazolam	Halción®	0.25

## GUÍAS PARA EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA A BENZODIACEPINAS

---

1. Evaluar y tratar las condiciones médicas y psiquiátricas concomitantes.
2. Recabar antecedentes de uso de otras sustancias, así como una muestra de sangre y orina para una prueba toxicológica.
3. Determinar la dosis requerida de benzodiazepina para la estabilización, con base en los antecedentes, la presentación clínica, las pruebas toxicológicas y, en algunos casos, un ensayo terapéutico.
4. Desintoxicación:
  - a. Hospitalizar al paciente si existe una indicación médica o psiquiátrica, pobre apoyo social, dependencia a polisustancias, o si no se puede confiar en él.
  - b. Algunos clínicos recomiendan cambiar a benzodiazepinas de vida media larga (diazepam, clonazepam); otros recomiendan estabilizar al paciente con el medicamento que está tomando.
  - c. Posterior a la estabilización, reducir la dosis un 30% en el segundo o tercer día y evaluar la respuesta, teniendo en mente que los síntomas que se presenten después de la reducción de benzodiazepinas de vida media corta, aparecerán más rápidamente que en benzodiazepinas de vida media larga.
  - d. Hacer reducciones posteriores de 10 a 25% cada tercer día, si es tolerado.
  - e. Utilizar medicamentos adyuvantes si es necesario. (Se han utilizado carbamazepina, beta bloqueadores, valproatos, clonidina y antidepresivos con efecto sedante, pero no se ha establecido su eficacia en el tratamiento del síndrome de abstinencia).
5. Desintoxicación de dosis terapéuticas:
  - a. Iniciar con una reducción del 10 al 25% de la dosis y evaluar la respuesta.
  - b. La dosis, duración del tratamiento y severidad de la ansiedad influyen en la velocidad de la disminución de la dosis y la necesidad de utilizar medicamentos adyuvantes.
  - c. La mayoría de los pacientes que toman dosis terapéuticas no tienen problemas en la discontinuación.
6. Las intervenciones psicológicas pueden ayudar a los pacientes en la desintoxicación de las benzodiazepinas y en el manejo a largo plazo de la ansiedad.

---

Fuente: UHDE T Y TANCER M. "Benzodiazepine receptor agonists and antagonists", en *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sexta edición*.

Cuando se desconoce la dosis habitual usada por el paciente, ésta puede calcularse a través de la estimación de la tolerancia desarrollada; para ello, se administran 20 mg de diazepam cada dos horas hasta lograr una sedación leve; la dosis total requerida se tomará como la dosis con la que se debe iniciar el proceso de desintoxicación antes señalado.



# **ANEXO**



## **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL USO DE SEDANTES O HIPNÓTICOS SEGÚN LA CIE-10 Y EL DSM-IV TR**

### **CIE 10**

#### *F1x.0 Intoxicación aguda*

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

#### *Pautas para el diagnóstico*

La intoxicación aguda 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 tomarse en cuenta. La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio. La intensidad de la intoxicación disminuye con el tiempo y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. La recuperación es completa excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Los síntomas de la intoxicación no tienen por qué reflejar siempre la acción primaria de las sustancias. Por ejemplo, las psicotropas depresoras del sistema nervioso central pueden producir síntomas de agitación o hiperreactividad, o las psicotropas estimulantes, dar lugar a un estado de introversión y retraimiento social. Los efectos de algunas de éstas como el cannabis y los alucinógenos son particularmente imprevisibles. Por otra parte, muchas sustancias psicotropas 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.

Incluye:

Embriaguez aguda en alcoholismo.

“Mal viaje” (debido a drogas alucinógenas).

Embriaguez sin especificación.

Puede recurrirse al quinto carácter siguiente para indicar si la intoxicación aguda tiene alguna complicación:

***F1x.00 No complicada***

Los síntomas varían de intensidad, pero suelen estar en relación con la dosis, en especial a los niveles más altos.

***F1x.01 Con traumatismo o lesión corporal***

***F1x.02 Con otra complicación médica***

Por ejemplo, hematemesis, aspiración de vómitos, etcétera.

***F1x.03 Con delirium***

***F1x.04 Con distorsiones de la percepción***

***F1x.05 Con coma***

***F1x.06 Con convulsiones***

***F1x.07 Intoxicación patológica***

Consiste en la aparición brusca de un comportamiento agresivo o violento, no característico de individuos en estado sobrio, después de ingerir una cantidad de alcohol que no produciría intoxicación en la mayoría de las personas (se aplica sólo al alcohol).

### ***F1x.1 Consumo perjudicial***

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

#### ***Pautas para el diagnóstico***

El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física de quien consume la sustancia.

Las formas perjudiciales de consumo 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 por derivar en alguna consecuencia social negativa, como ruptura matrimonial.

### ***F1x.2 Síndrome de 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 psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un periodo de abstinencia, lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

#### ***Pautas para el diagnóstico***

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más 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 el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo o controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1x.3, F1x.4) 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 (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d) Tolerancia, de tal manera que 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 obtenerla o ingerirla 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 periodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de ésta.

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. Este requisito diagnóstico excluye a los enfermos quirúrgicos que reciben opiáceos para alivio del dolor y que pueden presentar síntomas de un estado de abstinencia a opiáceos cuando no se les proporciona la sustancia, pero que no tienen deseo de continuar tomando la misma.

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 presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia, al verse privados de las sustancias).

Incluye:

Alcoholismo crónico.

Dipsomanía.

Adición a fármacos.

El diagnóstico de síndrome de dependencia se puede especificar más con los siguientes códigos de cinco caracteres:

***F1x.20 En la actualidad en abstinencia***

***F1x.21 En la actualidad en abstinencia en un medio protegido***

Hospital, comunidad terapéutica, prisión, etcétera.

***F1x.22 En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado***

Por ejemplo, con metadona, chicles o parches de nicotina (dependencia controlada).

***F1x.23 En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes***

Por ejemplo, disulfiram o naltrexona.

***F1x.24 Con consumo actual de la sustancia***

Dependencia activa.

***F1x.25 Con consumo continuo***

***F1x.26 Con consumo episódico***

Dipsomanía.

### ***F1x.3 Síndrome de abstinencia***

Conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad, que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado y generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. Este síndrome puede complicarse con convulsiones.

#### ***Pautas para el diagnóstico***

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia (véase F1x.2), por lo cual este diagnóstico también debe ser tomado en consideración.

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.

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. En estos casos el diagnóstico del síndrome sólo se hará si lo requiere su gravedad.

El diagnóstico puede concretarse más con un quinto carácter:

#### ***F1x.30 No complicado***

#### ***F1x.31 Con convulsiones***

### ***F1x.4 Síndrome de abstinencia con delirium***

Trastorno en el que un síndrome de abstinencia (ver F1x.3) se complica con un delirium (ver las pautas de F05.).

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 vívidas 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.

Excluye:

Delírium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas (F05.).

El diagnóstico de síndrome de abstinencia con delírium puede concretarse más con cinco caracteres:

#### *F1x.40 Sin convulsiones*

#### *F1x.41 Con convulsiones*

#### *F1x.5 Trastorno psicótico*

Trastorno que normalmente se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, 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 a un estado confusional grave. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses.

#### *Pautas para el diagnóstico*

Trastornos psicóticos que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente después de él (por lo general dentro de las primeras 48 horas), siempre y cuando no sean una mani-

festación de un síndrome de abstinencia con delírium (ver F1x.4) o de comienzo tardío. Los trastornos psicóticos de comienzo tardío (inicio después de dos semanas de consumo de la sustancia) pueden aparecer, pero deben codificarse como F1x.7.

Los síntomas son variados, ya que están en función de la sustancia y la personalidad del consumidor. En el caso de las sustancias estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas, estos trastornos psicóticos se presentan por lo general tras consumos prolongados o a dosis altas de la sustancia.

Incluye:

Alucinosis alcohólica.

Celotipia alcohólica.

Paranoia alcohólica.

Psicosis alcohólica sin especificación.

El diagnóstico de trastorno psicótico puede concretarse más con cinco caracteres:

*F1x.50 Esquizofreniforme*

*F1x.51 Con predominio de las ideas delirantes*

*F1x.52 Con predominio de las alucinaciones*

Incluye la alucinosis alcohólica.

*F1x.53 Con predominio de síntomas polimorfos*

*F1x.54 Con predominio de síntomas depresivos*

*F1x.55 Con predominio de síntomas maníacos*

*F1x.56 Trastorno psicótico mixto*

### ***F1x.6 Síndrome amnésico***

Síndrome en el cual 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. Las otras funciones cognitivas suelen estar relativamente bien conservadas.

#### ***Pautas para el diagnóstico***

- a) 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, etcétera).
- b) Ausencia de alteración de la evocación de recuerdos inmediatos, menor alteración de la conciencia y en general de las funciones cognitivas.
- c) Antecedentes o la presencia objetiva de consumo crónico (y a dosis particularmente altas) de alcohol u otras sustancias psicotropas.

Incluye:

Psicosis de Korsakov inducida por alcohol u otras sustancias psicotropas.

Síndrome de Korsakov inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.

### ***F1x.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicotropas***

Estados en los cuales ciertos trastornos cognoscitivos, afectivos, de la personalidad o del comportamiento debidos al con-

sumo de alcohol u otras sustancias psicotropas, persisten más allá del tiempo de actuación de la sustancia.

### ***Pautas para el diagnóstico***

La presencia de este trastorno debe estar directamente relacionada con el consumo de alcohol u otra sustancia psicotropa. Los casos cuyo comienzo tiene lugar con posterioridad a un episodio de consumo de sustancias sólo deben ser diagnosticados de trastorno psicótico residual inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas, si hay una evidencia clara y sólida para atribuir este trastorno al efecto de la sustancia. Un trastorno psicótico residual implica un cambio o una exageración marcada de las formas de comportamiento previas y normales.

El trastorno psicótico residual debe persistir más allá del periodo en el cual puede asumirse razonablemente la presencia de los efectos directos de una sustancia en particular (véase F1x.0, intoxicación aguda). La demencia secundaria al consumo de alcohol u otras sustancias psicotropas no es siempre irreversible, y así las funciones intelectuales y amnésicas pueden mejorar tras un periodo de abstinencia total.

El diagnóstico de trastorno psicótico residual inducido por sustancias psicotropas puede subdividirse utilizando cinco caracteres:

#### ***F1x.70 Con reviviscencias (flashbacks)***

Que pueden distinguirse de los trastornos psicóticos en parte por su naturaleza episódica, y porque frecuentemente son de muy corta duración (segundos o minutos) o por los síntomas de reduplicación (a veces exacta) de experiencias anteriores relacionadas con sustancias psicotropas.

#### ***F1x.71 Trastorno de la personalidad o del comportamiento***

Cuando satisfagan las pautas de trastorno orgánico de la personalidad (F07.0).

***F1x.72 Trastorno afectivo residual***

Cuando satisfagan las pautas de trastorno del humor (afectivo) orgánico (F06.30).

***F1x.73 Demencia inducida por alcohol u otras sustancias psicotropas***

De acuerdo con las pautas generales para demencias descritas en la introducción de la sección F00-F09.

***F1x.74 Otro deterioro cognoscitivo persistente***

Se trata de una categoría residual para los trastornos en los que persiste un deterioro cognitivo pero que no satisface las pautas de síndrome amnésico (F1x.6) o demencia (F1x.73) inducidos por alcohol u otras sustancias psicotropas.

***F1x.75 Trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas***

***F1x.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento***

Trastornos en los cuales el consumo de una sustancia puede identificarse como responsable directo del cuadro clínico que contribuye a dicha situación, pero en los que no se encuentran pautas suficientes para poder ser incluido en ninguno de los trastornos precedentes.

***F1x.9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificación***

***F13 Trastornos mentales y de comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos***

***F13.0 Intoxicación aguda por sedantes o hipnóticos***

Véase la descripción general de F1x.0, Intoxicación aguda (debido al uso de sustancias psicoactivas).

### Criterios diagn3sticos de investigaci3n

A. Se deben satisfacer los criterios generales para intoxicaci3n aguda (F1x.0).

B. Debe existir comportamiento alterado como se evidencia en al menos uno de los siguientes:

1. Euforia y desinhibici3n.
2. Apatía y sedaci3n.
3. Agresividad.
4. Labilidad del humor.
5. Deterioro de la atenci3n.
6. Amnesia anterograda.
7. Rendimiento psicomotor alterado.
8. Interferencia en el funcionamiento personal.

C. Al menos uno de los siguientes signos debe estar presente:

1. Marcha inestable.
2. Dificultad para mantenerse de pie.
3. Habla farfullante.
4. Nistagmo.
5. Nivel de conciencia disminuido.
6. Ampollas o lesiones eritematosas en la piel.

### *F13.3 Estado de abstinencia por sedantes o hipn3ticos*

V3ase la descripci3n general de F1x.3, Estado de abstinencia (debido al uso de sustancias psicoactivas).

### Criterios diagn3sticos de investigaci3n

A. Se deben satisfacer criterios generales con estado de abstinencia (F1x.3).

B. Tres de los de los siguientes signos deben estar presentes:

1. Temblor de lengua, párpados o manos extendidas.
2. Náuseas o v3mitos.
3. Taquicardia.
4. Hipotensi3n postural.
5. Agitaci3n psicomotriz.
6. Cefalea.
7. Insomnio.
8. Malestar o debilidad.
9. Ilusiones o alucinaciones, trastornos visuales, táctiles o auditivos.
10. Ideaci3n paranoide.
11. Convulsiones del gran mal.

## DSM-IV- TR

### Criterios para el diagnóstico de dependencia de sustancias según el DSM-IV TR

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres ( o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:
1. Tolerancia definida por cualquiera de los siguientes ítems: a. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: a. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia. b. Se toma la misma sustancia ( o una muy parecida ) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar e interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de ésta (por ejemplo, fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la misma.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debidas al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo, consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión o una continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).
Especificar si: Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo, se cumple cualquiera de los puntos 1 o 2). Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo, no se cumplen los puntos 1 o 2).
Codificación del curso de la dependencia en el quinto dígito: 0 Remisión total temprana. 0 Remisión parcial temprana. 0 Remisión total sostenida. 0 Remisión parcial sostenida. 2 En terapéutica con agonistas. 1 En entorno controlado. 4 Leve / moderado / grave.

Tomado y adaptado de: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. ed. 4. © American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000.

## Criterios para el diagnóstico de abuso de sustancias según el DSM-IV TR

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los siguientes ítems durante un periodo de 12 meses:

- 1) Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (por ejemplo, ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia y descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).
- 2) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo, conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
- 3) Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (por ejemplo, arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).
- 4) Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por ejemplo, discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación o violencia física).

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

Tomado y adaptado de: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. ed. 4. © American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000.

**Criterios para el diagnóstico de Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos según el DSM-IV TR**

- A. Consumo reciente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (por ejemplo, euforia o embotamiento afectivo, cambios de la sociabilidad, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, ansiedad, tensión o cólera, comportamiento estereotipado y deterioro de la capacidad de juicio o de la actividad social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- C. Uno (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:
1. Lenguaje farfullante.
  2. Incoordinación.
  3. Marcha inestable.
  4. Nistagmo.
  5. Deterioro de la atención o de la memoria.
  6. Estupor o coma.
- D. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Tomado y adaptado de: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. ed. 4. © American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000.

**Criterios para el diagnóstico de abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos según el DSM-IV TR**

A. Interrupción (o disminución) de un consumo abundante y prolongado de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

B. Dos (o más) de los siguientes signos que aparecen entre algunas horas o días después del criterio A:

1. Hiperactividad autonómica.
2. Aumento del temblor de manos.
3. Insomnio.
4. Náuseas o vómitos.
5. Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones.
6. Agitación psicomotora.
7. Ansiedad.
8. Crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas).

C. Los síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral o social, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Especificar si:

Con alteraciones perceptivas: esta especificación debe anotarse cuando, en ausencia de delirium, aparecen alucinaciones visuales, táctiles o auditivas con juicio de realidad intacto, quiere decir que la persona es consciente de que las alucinaciones están producidas por la sustancia y no son la representación de una realidad externa. Cuando las alucinaciones aparecen en ausencia de juicio de realidad intacto, debe considerarse el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias con alucinaciones.

Tomado y adaptado de: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. ed. 4. © American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000.

**Criterios para el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos según el DSM-IV TR**

A. Alucinaciones o ideas delirantes.

Nota: No incluir las alucinaciones si el sujeto es consciente de que son provocadas por la sustancia.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de 1 o 2:

1. Los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias.
2. El consumo de la sustancia está etiológicamente relacionado con la alteración.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno psicótico no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia; los síntomas persisten durante un periodo significativo (por ejemplo, alrededor de un mes) tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos en relación con lo que se esperaría por el tipo o la cantidad de sustancia utilizada o la duración de su uso, o hay otros datos que sugieren la existencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias (por ejemplo, una historia de episodios recidivantes no relacionados con sustancias).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

Nota: Debe realizarse este diagnóstico en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia de éstas, únicamente si los síntomas son excesivos en relación con los habitualmente asociados al síndrome de intoxicación o abstinencia y cuando los síntomas son de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Tomado y adaptado de: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ed. 4. © American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000.

**Criterios para el diagnóstico de delirium por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos según el DSM-IV TR**

A. Alteración de la conciencia (por ejemplo, dificultad para prestar atención al entorno) con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.

B. Cambio en las funciones cognitivas (deterioro de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por una demencia previa o en desarrollo.

C. La alteración se presenta en un corto periodo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.

D. Demostración, a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio de 1 o 2.

1. Los síntomas de los Criterios A y B se presentan durante la intoxicación por la sustancia.
2. El consumo de la sustancia se estima relacionado etiológicamente con la alteración.\*

\*Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias sólo cuando los síntomas cognoscitivos excedan de los que son propios del síndrome de intoxicación, y cuando los síntomas sean de la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Tomado y adaptado de: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. ed. 4. Text revision © American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000.

**Criterios para el diagnóstico de demencia persistente inducida por sustancias según el DSM-IV TR**

- A. La presencia de los múltiples déficit cognoscitivos se manifiesta por:
1. Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente).
  2. Una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
    - a. Afasia (alteración del lenguaje).
    - b. Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta).
    - c. Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta).
    - d. Alteración de la ejecución (por ejemplo, planificación, organización, secuenciación y abstracción).

B. Los déficit cognoscitivos en cada una de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad.

C. Demostración a través de la historia de la exploración física o de los hallazgos de laboratorio de que la alteración posee más de una etiología (por ejemplo, traumatismo craneal más consumo crónico de alcohol, demencia tipo Alzheimer con el subsiguiente desarrollo de demencia vascular).

D. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delírium.

Tomado y adaptado de: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ed. 4. Text revision © American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000.

**Criterios para el diagnóstico de trastorno amnésico persistente inducido por sustancias según el DSM-IV TR**

A. El deterioro de la memoria se manifiesta por un déficit de la capacidad para aprender información nueva, o incapacidad para recordar información aprendida previamente.

B. La alteración de la memoria provoca un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representa una merma importante del nivel previo de actividad.

C. La alteración de la memoria no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium o de una demencia, y se mantiene más allá de la duración habitual de la intoxicación o abstinencia de sustancias.

D. Demostración a través de la historia de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que la alteración de la memoria está relacionada etiológicamente con los efectos persistentes de la sustancia (por ejemplo, una droga de abuso o un medicamento).

Tomado y adaptado de: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ed. 4 Text Revision . © American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000.

**Criterios para el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos según el DSM-IV TR**

- E. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:
1. Estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades.
  2. Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable.

- F. A partir de la historia clínica, la exploración física o los exámenes de laboratorio, hay pruebas de que 1 o 2:
1. Los síntomas del Criterio A aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación o abstinencia.
  2. El empleo de la sustancia está etiológicamente relacionado con la alteración.

G. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo que no sea inducido por sustancias. Las pruebas de que los síntomas no son atribuibles a un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias pueden ser las siguientes: los síntomas preceden al inicio del consumo de la sustancia (o al consumo del medicamento); los síntomas persisten durante un periodo significativo (por ejemplo, alrededor de un mes) después del final de la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos respecto a lo que se esperaría dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso; hay otros datos que sugieren la existencia independiente de un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias (por ejemplo, una historia de episodios depresivos mayores recidivantes).

H. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

- I. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar de un diagnóstico de intoxicación por sustancias o abstinencia únicamente si los síntomas exceden de los normalmente asociados con el síndrome de intoxicación o abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Tomado y adaptado de: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ed. 4 Text Revision . © American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000.

**Criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos según el DSM-IV TR**

- A. La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
- B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que 1 o 2:
1. Los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente.
  2. El consumo de la sustancia está relacionado etiológicamente con la alteración.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo; los síntomas persisten durante un tiempo considerable (por ejemplo, alrededor de un mes) después del final del periodo agudo de intoxicación o de abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que se esperaría teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; hay otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias (por ejemplo, una historia de episodios de carácter recidivante no relacionados con las mismas).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Sólo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación o abstinencia cuando los síntomas de ansiedad son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar en una intoxicación o una abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Tomado y adaptado de: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. ed. 4. Text revision© American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000.

**Criterios para el diagnóstico de trastorno sexual inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos según el DSM-IV TR**

A. Trastorno sexual clínicamente significativo, que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.

B. A partir de la exploración física, la historia clínica y los hallazgos de laboratorio, hay pruebas de que el trastorno sexual se explica en su totalidad por el consumo de sustancias, como se manifiesta en los casos siguientes 1 o 2:

1. Los síntomas del Criterio A aparecen durante o en los 30 días siguientes a la intoxicación por la sustancia.
2. El consumo del medicamento está etiológicamente relacionado con la alteración.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno sexual no inducido por sustancias, como lo demuestra el hecho de que los síntomas preceden al inicio del consumo o a la dependencia de la sustancia (o fármacos); los síntomas persisten durante un tiempo significativo (por ejemplo, un mes) después de haber finalizado la intoxicación, o son excesivos en relación con lo que cabría esperar, dados el tipo o la cantidad de la sustancia usada o la duración de su consumo o bien hay pruebas de la existencia de un trastorno sexual independiente no inducido por sustancias (por ejemplo, una historia de episodios recurrentes no relacionados con sustancias).

Nota: Este diagnóstico debe establecerse en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias sólo si el trastorno sexual es excesivo en comparación con el que se presenta durante la intoxicación y si el trastorno es de suficiente gravedad como para merecer atención clínica independiente.

Especificar si:

Con alteración del deseo, con alteración de la excitación, con alteración del orgasmo o con dolor sexual.

Especificar si:

Con inicio durante la intoxicación: cuando se cumplen los criterios para la intoxicación por sustancias y los síntomas aparecen durante su curso.

Tomado y adaptado de: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. ed. 4. Text Revision© American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000.

**Criterios para el diagnóstico de trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos según el DSM-IV TR**

A. Alteración prominente del sueño de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o los hallazgos de laboratorio, hay pruebas de que 1 o 2:

1. Los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o la abstinencia, o dentro del mes siguiente.
2. El fármaco está relacionado etiológicamente con la alteración del sueño.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas se explicarían mejor por la presencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o fármaco); los síntomas persisten por un periodo considerable (por ejemplo, alrededor de un mes) tras el periodo agudo de abstinencia o intoxicación grave, o exceden claramente de los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno del sueño no inducido por sustancias (por ejemplo, una historia de episodios de carácter recurrente no relacionados con sustancias).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Nota: Sólo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias cuando los síntomas excedan de los que habitualmente se asocian con la intoxicación o el síndrome de abstinencia, y cuando sean de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Tomado y adaptado de: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ed. 4. Text Revision© American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000.

## BIBLIOGRAFÍA

- ◆ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, text revision. Cuarta edición (DSM-IV TR), American Psychiatric Association.
- ◆ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992). Capítulo de trastornos mentales de la CIE-10. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- ◆ CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A.C. (2004). *Consumo de Drogas en pacientes que ingresaron a tratamiento en 2003*. Centros de Integración Juvenil.
- ◆ OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (2004). *World Drug Report*. 2004. Organización de las Naciones Unidas.
- ◆ DOMENIC A. CIRAULO y OFRA SARID-SEGAL. "Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Related Abuse" en *Kaplan & Sadock's Textbook of Psychiatry*. Séptima edición.
- ◆ JAFFE JH (1990). "Drug addiction and drug abuse", en *Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*, Octava edición, AG Gilman, TW Rall, AS Nies y P Taylor (editores), Pergamon, New York.
- ◆ SALZMAN C (1998). "Addiction to benzodiazepines". en *Psychiatr Q*, 69:251.
- ◆ ARANA GW y HYMAN SE (1991). *Handbook of Psychiatric Drug Therapy*. Segunda edición, Little, Brown, Boston.
- ◆ UHDE T y TANCER M. "Benzodiazepine receptor agonists and antagonists", en *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Sexta edición.

