

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A. C.

# Pautas de tratamiento

para la atención de usuarios de  
**CANNABIS**

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  
**CANNABIS**

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. Lino Díaz-Barriga Salgado

Dr. Jaime Arturo Quintanilla Bendek

Dr. Roberto García Suárez

EDICIÓN: Andrea Cataño

CUIDADO DE LA EDICIÓN: Martha Mayagoitia Talamante

CORRECCIÓN: Miguel Martínez Curiel

FORMACIÓN: Jannette Lara Ortiz

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CANNABIS (MARIGUANA) .....	3
Presentación, vías de administración y aspectos farmacológicos.....	3
Vías de administración .....	3
ASPECTOS FARMACOLÓGICOS .....	4
Mecanismo de acción .....	4
Farmacocinética .....	6
Absorción .....	6
Metabolismo .....	7
Excreción .....	7
EFFECTOS DE LA CANNABIS (MARIGUANA) .....	8
Generalidades .....	8
Efectos por sistemas .....	9
Sistema nervioso central .....	9
Sistema cardiovascular .....	9
Sistema respiratorio .....	10
Tolerancia y dependencia .....	10
Hallazgos de laboratorio .....	10
COMPLICACIONES Y COMORBILIDAD .....	11
Trastornos físicos coexistentes .....	11
Cardiorrespiratorio .....	11
Endocrinológico .....	12
Inmunológicas .....	12
PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO .....	13
Situación mundial .....	13
Situación en México .....	14
Adolescentes .....	15

CUADROS CLÍNICOS POR EL USO DE CANNABIS .....	17
Síndrome de intoxicación por cannabis (mariguana) .....	17
Síntomatología .....	17
Criterios para el diagnóstico .....	19
Diagnóstico diferencial .....	19
Tratamiento .....	20
Delirium por intoxicación con cannabis .....	21
Manifestaciones clínicas .....	21
Criterios para el diagnóstico .....	21
Tratamiento .....	21
Trastorno psicótico inducido por cannabis, con ideas delirantes y alucinaciones .....	21
Manifestaciones clínicas .....	21
Criterios para el diagnóstico .....	22
Tratamiento .....	22
Síndrome de abstinencia de cannabis .....	22
Manifestaciones clínicas .....	22
Tratamiento .....	23
Trastorno de ansiedad inducido por cannabis .....	23
Manifestaciones clínicas .....	23
Criterios para el diagnóstico .....	24
Tratamiento .....	24
Trastornos sin otra especificación relacionados con el consumo de cannabis .....	24
Otras .....	25
Síndrome abúlico .....	25
Corolario .....	26
 ANEXO .....	 27
PACIENTE AGITADO POR INTOXICACIÓN POR CANNABIS .....	29
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL USO DE CANNABIS, SEGÚN LA CIE-10 Y EL DSM-IV TR .....	30
CIE 10 .....	30
<i>F1x.0 Intoxicación aguda</i> .....	30
<i>Pautas para el diagnóstico</i> .....	30
<i>F1x.00 No complicada</i> .....	31
<i>F1x.01 Con traumatismo o lesión corporal</i> .....	31
<i>F1x.02 Con otra complicación médica</i> .....	31
<i>F1x.03 Con delirium</i> .....	31
<i>F1x.04 Con distorsiones de la percepción</i> .....	31

<i>F1x.05 Con coma</i> .....	31
<i>F1x.06 Con convulsiones</i> .....	31
<i>F1x.07 Intoxicación patológica.</i> .....	31
<i>F1x.1 Consumo perjudicial</i> .....	32
<i>Pautas para el diagnóstico</i> .....	32
<i>F1x.2 Síndrome de dependencia</i> .....	32
<i>Pautas para el diagnóstico</i> .....	32
<i>F1x.20 En la actualidad en abstinencia</i> .....	34
<i>F1x.21 En la actualidad en abstinencia en un medio protegido</i> .....	34
<i>F1x.22 En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado</i> .....	34
<i>F1x.23 En la actualidad en abstinencia mediante tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes</i> .....	34
<i>F1x.24 Con consumo actual de la sustancia</i> .....	34
<i>F1x.25 Con consumo continuo</i> .....	35
<i>F1x.26 Con consumo episódico</i> .....	35
<i>F1x.3 Síndrome de abstinencia</i> .....	35
<i>Pautas para el diagnóstico</i> .....	35
<i>F1x.30 No complicado</i> .....	35
<i>F1x.31 Con convulsiones</i> .....	36
<i>F1x.4 Síndrome de abstinencia con delirium</i> .....	36
<i>F1x.40 Sin convulsiones</i> .....	36
<i>F1x.41 Con convulsiones</i> .....	36
<i>F1x.5 Trastorno psicótico</i> .....	36
<i>Pautas para el diagnóstico</i> .....	37
<i>F1x.50 Esquizofreniforme</i> .....	37
<i>F1x.51 Con predominio de las ideas delirantes</i> .....	37
<i>F1x.52 Con predominio de las alucinaciones</i> .....	37
<i>F1x.53 Con predominio de síntomas polimorfos</i> .....	38
<i>F1x.54 Con predominio de síntomas depresivos</i> .....	38
<i>F1x.55 Con predominio de síntomas maníacos</i> .....	38
<i>F1x.56 Trastorno psicótico mixto</i> .....	38
<i>F1x.6 Síndrome amnésico</i> .....	38
<i>Pautas para el diagnóstico</i> .....	38
<i>F1x.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicótropas</i> .....	39
<i>Pautas para el diagnóstico</i> .....	39
<i>F1x.70 Con reviviscencias (flashbacks)</i> .....	40

<i>F1x.71 Trastorno de la personalidad o del comportamiento</i> .....	40
<i>F1x.72 Trastorno afectivo residual</i> .....	40
<i>F1x.73 Demencia inducida por alcohol u otras sustancias psicotropas</i> .....	40
<i>F1x.74 Otro deterioro cognoscitivo persistente</i> .....	40
<i>F1x.75 Trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas</i> .....	40
<i>F1x.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento</i> .....	40
<i>F1x.9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificación</i> .....	41
<i>F14.0 Intoxicación aguda por cannabinoides</i> .....	41
<i>F14.3 Estado de abstinencia por cannabinoides</i> .....	41
 DSM-IV TR.....	42
 BIBLIOGRAFÍA.....	48

## 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 Pa-

namericana 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 adecuada 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 *Cannabis* (mariguana)” 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.

## **CANNABIS (MARIJUANA)**

Se trata de una planta de origen asiático, fibrosa, aromática y perenne, conocida desde hace 5,000 años, cultivada ampliamente para utilizar sus fibras en la fabricación de cuerdas y ropa, con sus semillas aceite; y por su resina, hojas y floraciones, en función de sus efectos psicoactivos sobre el estado de ánimo, la percepción, los procesos cognitivos y el estado de conciencia, que le dan su doble característica como sedante-alucinógeno.

En la actualidad se encuentra ampliamente distribuida en el mundo y se reconocen tres especies: *cannabis indica*; *cannabis ruderalia* y *cannabis sativa*.

La *cannabis* contiene más de 400 ingredientes químicos activos, de los cuales casi 70 son cannabinoides responsables de los efectos psicotrópicos; el más importante es el D<sup>9</sup>-9-tetrahidrocannabinol (THC), que fue identificado en 1940, aislado en 1964 por Menchoulán y colaboradores, y sintetizado en el laboratorio en 1967.

### **Presentación, vías de administración y aspectos farmacológicos**

El porcentaje de THC contenido en las diversas formas en las que se utiliza varía entre el 1 y 3% en cigarrillos, y entre 30 y 70% en la de *hashish* o de aceite. La dosis necesaria para producir efectos farmacológicos se encuentra entre 2 y 22 mg.; un cigarrillo promedio contiene alrededor de 20 mg.

### **Vías de administración**

La forma fumada es la más común; las hojas y flores de la planta se secan y pican para hacer cigarrillos o fumarse a través de pipas. Los consumidores experimentados inhalan profundamente, sosteniendo

la respiración el mayor tiempo posible para absorber entre 20 y 50% del THC en cada fumada. Los efectos tóxicos pueden incrementarse al mezclarse con otras drogas o químicos, como opio, cocaína o fenciclidina (PCP).

También se ingiere por vía oral, mezclada con alimentos grasos y ricos en carbohidratos (combinándola con mantequilla para hacer pastelillos o galletas); sin embargo, se requiere de una mayor cantidad de *cannabis* para obtener el efecto psicoactivo.

El *hashish* es una resina de color marrón que se obtiene de las flores hembras y tiene mayor concentración de THC. También puede fumarse o ingerirse por vía oral, o en forma líquida (chastri-licor egipcio) y sólida (en tartas, pasteles y mermeladas).

Los individuos que ingieren la *cannabis* experimentan sus efectos de una manera más lenta, acumulativa y duradera, aunque variable. En estos casos las probabilidades de que se produzcan reacciones desagradables y complicaciones son más altas.

Los nombres con los que se identifica en la calle pueden ser: mariguana, mota, hierba, la verde, churro, porro, carrizo, toque, marley, juana, juanita, mary, entre otros.

## **ASPECTOS FARMACOLÓGICOS**

### **Mecanismo de acción**

El delta-9-tetrahydrocannabinol y su metabolito activo el 11 Hidroxi-THC son los principales responsables de los efectos en el Sistema Nervioso Central (SNC). Los cannabinoides ejercen muchas de sus acciones afectando varios sistemas de neurotransmisión y sus neuromoduladores; éstos incluyen acetilcolina, dopamina, ácido gamma amino butírico (GABA), histamina, serotonina, norepinefrina, péptidos opioides y prostaglandinas. También, incrementan la formación de norepinefrina, dopamina y serotonina. Se ha identificado un sitio único de unión, saturable y reversible para cannabinoides en la membrana de las neuronas cerebrales.

La densidad más alta de los receptores de cannabinoides se encuentra en ganglios basales y el cerebelo, lo que se relaciona con su interferencia en la coordinación motora. Se han encontrado niveles intermedios de unión en el hipocampo, giro dentado y corteza cerebral; esto tiene efectos en la memoria a corto plazo y la cognición. Una menor densidad de receptores se observa en áreas del tallo cerebral que controlan las funciones cardiovasculares y respiratorias.

Después de unirse a los receptores, los cannabinoides producen también efecto a través de sistemas de segundos mensajeros, incluyendo la inhibición de adenilciclase y canales de calcio y, posiblemente, aumentando la actividad de los canales de potasio.

El THC tiene una baja actividad similar tanto a la de los barbitúricos como a los opioides, incluyendo efectos de tipo hipnótico, analgesia, anticonvulsivo, hipotensor, antiemético, músculo relajante y actividad antidiarreica.

Se le ha identificado un mecanismo de inhibición de la síntesis del RNA y de las proteínas, que influyen a su vez, sobre las bases neuroquímicas del almacenamiento mnésico del cerebro. También se ha encontrado unión a receptores en áreas periféricas ricas en linfocitos B, como zona marginal del bazo, corona nodular de las placas de Peyer y la corteza de los ganglios linfáticos.

La *cannabis* (mariguana) tiene diversas propiedades; en la actualidad su uso médico es de tipo experimental, aunque en algunos países de Europa y en algunos estados de la Unión Americana se emplea en el tratamiento de las náuseas causadas por la quimioterapia en pacientes con cáncer, linfomas o tumores, y como orético en pacientes con enfermedades de transmisión sexual, como el virus de inmunodeficiencia humana, VIH. Se emplea también en padecimientos oftalmológicos como el glaucoma y como analgésico, anticonvulsivo y músculo relajante. Cabe señalar que comparadas estas cualidades con las de otros psicofármacos de consumo legal, no son tan benéficas como para recurrir a ellas.

## **Farmacocinética**

Posee una elevada liposolubilidad que facilita su fijado en el recubrimiento tensoactivo –surfactante– de los pulmones; sin embargo, la absorción es sólo del 50%. Cuando el THC se inhala, la dosis media efectiva en el hombre es de 3 a 3.5 mg.; cuando es ingerido, la dosis capaz de producir intoxicación varía entre 8.4 y 33 mg.

El THC circula unido a componentes protéicos –alfa y betalipoproteinas y albúmina–, y solamente una pequeña proporción, menos del 1% de THC biodisponible, penetra la barrera hemato-encefálica y llega al SNC; por lo que se le considera una sustancia altamente psicoactiva. Algunos autores señalan que su potencia es mil veces superior a la del alcohol.

Su elevada solubilidad en lípidos, así como escasa en agua, explican la prolongada vida media de los componentes que son retenidos en los fluidos corporales; en el fumador crónico, la vida media de la *cannabis* es de 20 horas, aunque se ha detectado en el organismo 72 horas después de su administración,

En los consumidores habituales y crónicos, los riesgos de toxicidad progresiva se incrementan debido a la acumulación. La dosis letal media de la droga en animales es muy elevada, 10,000 mg/Kg, muy similar a la de los humanos.

Al igual que la mayoría de las drogas liposolubles, el THC también atraviesa la barrera placentaria.

## **Absorción**

La cantidad de THC que pasa al torrente circulatorio depende de diversos factores, como la velocidad con que se fuma, profundidad y tiempo de mantenimiento de la inhalación; dependiendo de la experiencia del fumador, se puede absorber entre 20-80% del producto activo.

Cuando se fuma, los primeros efectos aparecen rápidamente; la concentración plasmática más alta se logra en 10 a 30 minutos; los efectos persisten hasta 2-3 horas.

Aunque la absorción gastrointestinal es completa, el THC es 3 veces más potente fumado que cuando se ingiere.

## **Metabolismo**

El THC es metabolizado principalmente en el sistema microsomal hepático; aunque también en otros lugares como el SNC y la mucosa del intestino delgado. Uno de sus metabolitos el 11 hidroxitetrahydrocannabinol (11-OH-THC), tiene propiedades incluso más activas que su precursor; en tanto que el 9-carboxi-tetrahydrocannabinol, y otros productos (20 o más) son inactivos (fig. 1).

El 11-OH-THC es metabolizado a 11 norcarboxi-delta-tetrahydrocannabinol.

## **Excreción**

El THC se almacena en el tejido adiposo donde se elimina lentamente. Se han encontrado concentraciones residuales en cerebro, pulmón e hígado hasta siete días después. La excreción ocurre en dos terceras partes por la circulación entero-hepática hacia las heces fecales, y el tercio restante en la orina.

Los metabolitos en orina pueden reconocerse durante 2 a 3 días e incluso hasta una semana después de la administración de una dosis única. En consumidores habituales con tejido adiposo abundante, puede tardar en detectarse hasta 4 semanas después. El metabolito más abundante en orina es el 11 norcarboxitetrahydrocannabinol, convirtiéndolo en blanco de los análisis toxicológicos.

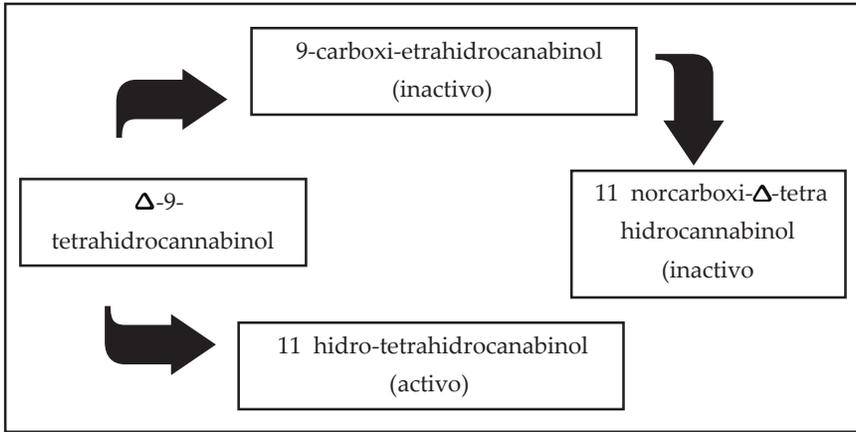


Figura 1. Metabolismo del  $\Delta$ -9-tetrahidrocannabinol (THC).

## EFFECTOS DE LA CANNABIS (MARIJUANA)

### Generalidades

Los efectos de la *cannabis* sobre el SNC provocan euforia y relajación, aumento de las percepciones visuales, auditivas y gustativas, aún con dosis bajas o moderadas. Se pueden presentar efectos desagradables como sentimientos de despersonalización, cambios en la imagen corporal, desorientación y reacciones de pánico agudo e incluso paranoia severa. También se ha informado de casos severos de delirio y alucinaciones, en los que podría sospecharse el uso conjunto con otros agentes psicoactivos como los alucinógenos. La mayoría de los usuarios expresan incremento del apetito.

Efectos de la cannabis	
Sensación de euforia y relajación	Taquicardia
Ataques de hilaridad inmotivados	Cambios leves en la tensión arterial
Aumento de las percepciones visuales, auditivas y gustativas	Broncodilatación y en algunos irritación broncoespasmo y bronquitis
Sensación de despersonalización, cambios de imagen corporal	Incremento del apetito
Desorientación	Faringitis
Alteraciones en la memoria	
Incremento en el umbral al dolor	
Reacciones de pánico y paranoia	
Delirios y alucinaciones -principalmente en combinación con alucinógenos	

## Efectos por sistemas

### Sistema nervioso central

La *cannabis* (mariguana) disminuye la capacidad de realizar tareas que requieran coordinación motora, como conducir un vehículo. Produce deterioro en la orientación visual y la percepción del sentido del tiempo es prolongada. En dosis elevadas produce alteraciones cognitivas y mnésicas. Estudios experimentales señalan que el aprendizaje se puede tornar “estado-dependiente”, es decir que la información adquirida o aprendida bajo los efectos de la droga se recuerda con mayor facilidad cuando se está bajo la influencia de la misma.

Dentro de los efectos sobre el SNC se incluyen la alteración del estado afectivo, la cual puede inducir indistintamente euforia o ansiedad, lo que pone en duda que esta droga sea típicamente sedante.

Se ha reportado que produce un estado de analgesia debido probablemente al bloqueo en la biosíntesis de la prostaglandina E2.

### Sistema cardiovascular

En el nivel cardiovascular, produce vasodilatación conjuntival, taquicardia y cambios leves en la tensión arterial.

## **Sistema respiratorio**

Produce relajación de la musculatura bronquial; además, irritación de la mucosa del tracto respiratorio, la cual se estima hasta 25 veces superior a la producida por la aspiración del humo de tabaco. La irritación también provoca mayor frecuencia de faringitis, bronquitis y, en personas vulnerables, asma bronquial.

## **Tolerancia y dependencia**

El uso crónico e intenso desarrolla cierto grado de tolerancia. Los signos se observan fácilmente por la disminución de los efectos de la sustancia en el aparato cardiovascular después de un tiempo de uso continuo. La tolerancia es variable en función a los distintos efectos –signos y síntomas– el usuario presenta al momento de consumir la droga, taquicardia, diaforesis, etcétera; los consumidores crónicos tienen menor intensidad de los efectos perceptuales y de la esfera motora.

No se ha demostrado que desarrolle tolerancia cruzada con otras drogas. Debido a la controversia que muestran diversos estudios, no se puede asegurar que cause dependencia física, si bien está ampliamente documentada su capacidad para provocar dependencia de tipo psíquica. Existe evidencia que la marihuana, como el tabaco y al alcohol, suelen considerarse drogas de inicio o “entrada” al consumo de otras.

## **Hallazgos de laboratorio**

Posterior al consumo de *cannabis* –oral o fumada–, los metabolitos del delta-9-tetrahidrocanabinol se detectan en la orina. El metabolito que regularmente se mide es el 11-norcarboxi-tetrahidrocanabinol. La capacidad para detectarlos depende de aspectos tales como el tiem-

po transcurrido después del último consumo y el momento cuando éste se practica. El grueso de las pruebas de detección logran tener confiabilidad hasta 4 días después del consumo en una sola ocasión; en usuarios moderados puede llegar hasta 10 días, y en crónicos de 4 a 6 semanas. En cuanto a las personas que inhalan de forma pasiva el humo de la marihuana, las pruebas generalmente resultan negativas.

## **COMPLICACIONES Y COMORBILIDAD**

### **Trastornos físicos coexistentes**

El consumo de *cannabis* (marihuana) produce diversas complicaciones que afectan de manera simultánea varios aparatos y sistemas orgánicos, entre los que destacan el respiratorio, endocrinológico, cardiovascular e inmunológico.

### **Cardiorrespiratorio**

En el aparato cardiorrespiratorio la irritación de las mucosas resulta particularmente intensa, ya que la equivalencia del efecto irritante del benzopireno es 5 veces mayor en el caso de la combustión de *cannabis*, en comparación con la nicotina del tabaco; además, el alquitrán de *cannabis* induce cambios precancerosos. La irritación producida por estas sustancias también puede generar reacciones alérgicas en el tracto respiratorio, bronquitis, enfermedades obstructivas y cambios citológicos en el parénquima.

El tratamiento de estos cuadros respiratorios (irritación traqueo-bronquial) requiere, en primera instancia, de la supresión de la exposición del humo de la marihuana. Las medidas terapéuticas tienden a restablecer el funcionamiento ventilatorio y la funcionalidad del intercambio gaseoso.

La detección de problemas neoplásicos incluye búsqueda de ulceraciones en las mucosas, signos sistémicos de actividad cancerosa o disfunciones en los diferentes aparatos y sistemas que puedan estar involucrados, así como signos de displasia celular en exámenes histopatológicos específicos.

Las complicaciones del corazón, son poco frecuentes debido a su baja cardiotoxicidad. Sin embargo, el incremento de la frecuencia cardiaca y de la presión arterial, provoca un aumento en la carga de trabajo del miocardio y un mayor requerimiento de oxígeno que puede complicar, incluso de manera fatal, alguna afección cardiaca que impida una adecuada oxigenación o funcionamiento normal.

## **Endocrinológico**

En modelos de experimentación con animales se han observado problemas endocrinológicos relacionados con alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisiario, así como en las gónadas. Sin embargo, estos resultados han sido difíciles de confirmar en humanos. Se ha reportado que puede inhibir reversiblemente la espermatogénesis, observándose también una reducción en el tamaño de los testículos y de la próstata en consumidores crónicos. El consumo de sólo un cigarrillo de marihuana suprime la hormona luteinizante plasmática durante la fase lutea del ciclo menstrual, que puede contribuir a una mayor frecuencia de ciclos anovulatorios asociados con el consumo de la droga.

## **Inmunológicas**

Se ha demostrado que el consumo fumado de *cannabis* inhibe los sistemas de defensa antibacterianas a nivel pulmonar, principalmente los macrófagos alveolares, neutrófilos y linfocitos.

## PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

### Situación mundial

Según el Reporte Mundial 2004 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), alrededor del 3% de la población mundial, 185 millones de personas, hicieron uso indebido de las drogas en los últimos 12 meses. Entre las drogas ilegales, la *cannabis* es la de uso más frecuente; más de 150 millones de personas reportaron su consumo al menos una vez en el último año, que equivale a 2.3% de la población mundial total y a 3.7% de la población entre los 15 y 64 años de edad.

Los datos de dicho reporte, refieren que en no menos de 142 países se decomisaron plantas de *cannabis* en 2003, alcanzando aproximadamente las 32,000 toneladas de producción total. Las autoridades estadounidenses informaron de que dos terceras partes de la *cannabis* se cultivan en su propio territorio; y que México, Colombia, Paraguay y otras naciones sudamericanas son los principales suministradores. La mayoría de los países europeos informan de su producción interna, con un cultivo especialmente notable en Albania y Holanda. En Europa Occidental, cerca de 80% de la resina es de origen marroquí.

Los datos correspondientes a los Estados Unidos de América, señalan que en términos económicos representa el mayor mercado mundial de *cannabis*, acusan fuertes aumentos en los decenios de 1960 y de 1970, seguidos por considerables disminuciones entre 1980 y 1990. De 1990 en adelante, se aprecia un considerable aumento. De 1995 a 2001, el panorama epidemiológico refiere alrededor de 12 millones de usuarios nuevos por año. Los datos de 2002, muestran que 14 millones de personas de 12 años de edad en adelante consumieron *cannabis* por lo menos una vez en el mes previo a la encuesta. El 12.2 % de los usuarios la consumieron 300 días durante el año, lo que significa que un 3.1% millones de personas la usaron en forma cotidiana en un lapso de 12 meses.

En 2002 los datos recopilados revelan el aumento en la prevalencia entre las personas de 18 a 25 años de edad, que pasó del 53% en 2001 al 53.8% en 2002, y cierta disminución entre las personas de 12 a 17 años de edad de 21.9% a 20.6%.

Las encuestas periódicas en estudiantes de EE UU, en instituciones de enseñanza secundaria, muestran una gradual disminución del consumo a partir de 1997. La prevalencia anual entre estudiantes del 12° grado de estas instituciones disminuyó ligeramente de 38.7% en 1997 al 37% en 2001, al 36.2% en 2002 y al 34.9% en 2003. Existe relación entre la prevalencia anual del uso, la nocividad percibida del “gran riesgo de fumar *cannabis* de cuando en cuando” y la percepción de “fácil disponibilidad”. Los datos sugieren que la disminución del uso en el decenio de 1980 es consecuencia de una creciente sensibilización acerca de las consecuencias negativas del consumo y de alguna reducción en cuanto a la disponibilidad. De forma análoga, el fuerte aumento en los primeros años del decenio de 1990 ocurrió en forma paralela a la disminución en la percepción de que esta sustancia era nociva.

Pese a lo anterior, los datos indican que la disponibilidad sigue siendo elevada y que se percibe limitadamente su nocividad en comparación con otras drogas. En 2003, el 16% de los estudiantes del último grado de preparatoria estimaban que era un “gran riesgo” utilizar *cannabis* una o dos veces, porcentaje bastante menor al considerado para las anfetaminas, cocaína o heroína –37%, 46% y 58%, respectivamente–. Es probable que como consecuencia de esta estimación, el uso *cannabis* esté considerablemente más difundido que el de las demás drogas

## **Situación en México**

Es la droga de mayor consumo, sin considerar al tabaco y alcohol: De acuerdo a datos de la ENA 2002, 3.48% de la población entre 12 y 65 años, 2.4 millones de personas la han probado alguna vez, en una proporción

de 7.7 hombres por cada mujer; poco más de 2 millones viven en población urbana y el resto en el área rural (385,214 personas). Cuando únicamente se considera la población urbana, la proporción aumenta a 7.58%; si se considera el grupo entre 18 y 34 años, que es el más expuesto, llega a 10%.

#### Prevalencia total, anual y actual del uso de drogas ilegales

	Uso alguna vez*	Uso en el último año*	Uso en el último mes*
Mariguana	3.48	0.60	0.31
Inhalables	0.45	0.08	0.08
Alucinógenos	0.25	0.01	0.01
Cocaína y otros derivados	1.23	0.35	0.19
Heroína	0.09	0.01	---
Estimulantes tipo anfetamínico	0.08	0.04	0.01

FUENTE: ENA-SSA, CONADIC, INP, DGE, INEGI

\*Porcentaje del total de la población.

En cuanto a la prevalencia del uso de drogas ilegales por grupos de edad, es importante notar que la cannabis ocupa el primer lugar en todos los grupos de edad.

#### Prevalencia del uso de drogas por grupos de edad

	12 y 17 años* (N=172,020)	18 y 24 años* (N=1'565,494)	35 y 65 años* (N=1'150,386)
Mariguana	1.22	4.64	3.50
Inhalables	0.25	0.77	0.24
Alucinógenos	0.04	0.36	0.24
Cocaína y otros derivados	0.22	2.36	0.62
Heroína	---	0.22	---
Estimulantes tipo anfetamínico	0.13	0.11	0.03

FUENTE: ENA 2002-SSA, CONADIC, INP, DGE, INEGI

\*Porcentaje del total de la población.

## Adolescentes

Sin considerar al tabaco y al alcohol, la primera droga de uso ilegal por los adolescentes es la mariguana, seguida de los inhalables y en tercer lugar la cocaína. Por sexo, se observa que entre los adolescentes varo-

nes y mujeres la mariguana ocupa el primer lugar de preferencia, en los varones los inhalables ocupan el segundo, seguidos por la cocaína y los estimulantes tipo anfetamínico, en tanto que los alucinógenos ocupan el último lugar de preferencia. En las mujeres el orden de preferencias es un tanto diferente, la mariguana es el primer lugar; la cocaína, los estimulantes tipo anfetamínico y los disolventes, ocupan del segundo al cuarto lugar con porcentajes de consumo muy similares

#### Consumo de drogas ilegales entre adolescentes

	Hombres* (N=6'807,951)	Mujeres* (N=6'877,408)	Edad media de inicio**
Mariguana	2.07	0.19	14
Inhalables	0.43	0.07	14
Alucinógenos	0.06	0.03	12
Cocaína y otros derivados	0.36	0.08	15
Heroína	---	---	---
Estimulantes tipo anfetamínico	0.17	0.08	15

FUENTE: ENA 2002-SSA, CONADIC, INP, DGE, INEGI

\*Porcentaje del total de la población.

\*\*Porcentaje del total de consumidores.

Al observar la evolución del consumo de drogas en los últimos cuatro años, con referencia a las drogas ilegales, se observa que los inhalables, la cocaína, los alucinógenos y la heroína han mantenido su nivel de consumo, mientras que la mariguana presentó una ligera disminución.

#### Tendencias del consumo de sustancias ilegales: Uso en el último año

	ENA 1998	ENA 2002	Intervalo de confianza
Mariguana	1.03	0.61	0.430-0.882
Inhalables	0.15	0.09	0.015-0.159
Cocaína	0.45	0.38	0.234-0.529
Alucinógenos	0.03	0.01	0.000-0.021
Heroína	0.02	0.01	0.000-0.026
Cualquier droga ilegal	1.23	0.82	0.656-1.153

FUENTE: ENA 2002-SSA, CONADIC, INP, DGE, INEGI.

\*Porcentaje del total de la población.

Cuando se comparan los índices de consumo por países, encontramos que los índices de consumo de marihuana en México son los más bajos( 0.6%), en comparación con Canadá que encabeza la lista (8.9%) en la población mayor a 15 años de edad.

## **CUADROS CLÍNICOS POR EL USO DE CANNABIS**

### **Síndrome de intoxicación por cannabis (marihuana)**

La intoxicación puede ser causada por varios de los productos de la *cannabis*: hojas secas o la resina, *hashish*. En México se consume con mayor frecuencia a través de cigarrillos.

La intoxicación por *cannabis* no pone directamente en peligro la vida del individuo; la intensidad del cuadro depende de la vía de administración y concentración de THC en el producto. Los episodios más rápidos y severos se generan por la inhalación del humo de los cigarrillos; en algunos casos produce un estado de intoxicación capaz de inducir estados de pánico. Se han reportado cuadros psicóticos que han ameritado tratamiento hospitalario en personas susceptibles.

### **Sintomatología**

Presencia de cambios psicológicos o en el comportamiento clínicamente significativos que aparecen durante o poco después del consumo de *cannabis*. La intoxicación se inicia típicamente con una sensación de bienestar (*high*), seguida de síntomas que incluyen euforia con risas inapropiadas e ideas megalomaniacas, sedación, letargo, deterioro de la memoria inmediata, dificultad para efectuar procesos mentales complejos, alteración de la capacidad de juicio, percepciones sensoriales distorsionadas, afectación de la actividad motora y sensación de que el tiempo transcurre lenta-

mente. En ocasiones, aparece ansiedad (que puede ser grave), disforia o retraimiento social. Estos efectos psicotrópicos se acompañan de dos o más de los siguientes signos, que se presentan a las 2 horas del consumo: irritación conjuntival, aumento del apetito, sequedad de boca y taquicardia. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Signos y síntomas de la intoxicación por cannabis	
<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Euforia</li> <li>♦ Sensación de aumento de energía</li> <li>♦ Hilaridad</li> <li>♦ Creencias o actos grandiosos</li> <li>♦ Megalomanía</li> <li>♦ Sedación</li> <li>♦ Letargo</li> <li>♦ Sensación de que el tiempo transcurre lentamente</li> <li>♦ Ocasionalmente, ansiedad –que puede ser grave–</li> <li>♦ Disforia o retraimiento social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Dilatación pupilar</li> <li>♦ Irritación conjuntival</li> <li>♦ Aumento del apetito</li> <li>♦ Sequedad de boca</li> <li>♦ Taquicardia</li> <li>♦ Deterioro de la memoria inmediata</li> <li>♦ Dificultades para efectuar procesos mentales complejos</li> <li>♦ Deterioro de la capacidad de juicio</li> <li>♦ Percepciones sensoriales distorsionadas</li> <li>♦ Aumento de las percepciones visuales, auditivas y gustativas</li> <li>♦ Ilusiones y ocasionalmente alucinaciones</li> <li>♦ Deterioro de la actividad motora</li> </ul>

La intoxicación por *cannabis* se presenta en unos minutos si se fuma, pero puede tardar horas cuando la droga se ingiere por vía oral. Habitualmente, los efectos duran 3-4 horas, y se prolongan cuando la sustancia es administrada en forma oral.

La magnitud de los cambios en el comportamiento o psicológicos depende de la dosis, el método de administración y las características individuales del consumidor, como son el grado de absorción, la tolerancia y la sensibilidad a los efectos de la sustancia. Debido a que muchos cannabinoides, incluyendo el delta-9-THC, son solubles en grasas, los efectos de la *cannabis* o *hashish* pueden durar o reaparecer ocasionalmente en 12-24 horas por la lenta liberación de las sustancias psicoactivas de los tejidos grasos o de la circulación entero-hepática.

## 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.

## Diagnóstico diferencial

Los trastornos inducidos por *cannabis* se caracterizan por síntomas (en torno a la ansiedad) parecidos a los de los trastornos mentales primarios (ansiedad generalizada versus trastorno de ansiedad inducido por *cannabis*, con ansiedad generalizada, de inicio durante la intoxicación).

El **consumo crónico** de *cannabis* (mariguana) puede producir síntomas similares a los del trastorno distímico. Las reacciones agudas adversas deben diferenciarse de los síntomas de los trastornos de angustia, trastorno depresivo mayor, trastorno delirante, trastorno bipolar o esquizofrenia de tipo paranoide. La exploración física muestra un aumento del pulso e inyección conjuntival. Las pruebas toxicológicas en la orina son útiles para comprobar el diagnóstico. En contraste con la intoxicación por *cannabis*, la intoxicación por alcohol o por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, disminuyen con frecuencia el apetito, aumentan el comportamiento agresivo y producen nistagmo o ataxia.

Los alucinógenos a dosis bajas pueden causar un cuadro clínico que se parece a la intoxicación por *cannabis*. La fenciclidina, PCP, puede ser fumada y causar también alteraciones perceptivas; pero es mucho más probable que la intoxicación por fenciclidina provoque ataxia y comportamiento agresivo.

La intoxicación por *cannabis* se distingue de otros trastornos inducidos por esta sustancia (trastorno de ansiedad, de inicio durante la intoxicación), ya que los síntomas de estos últimos trastornos exceden de los que habitualmente se asocian a intoxica-

ción por *cannabis* y son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

La distinción entre consumo recreativo de marihuana y dependencia o abuso es complicada, ya que los problemas psicológicos, sociales o de conducta difícilmente se pueden atribuir a la sustancia, en especial en el contexto del consumo de otras drogas.

La negación de consumo abundante es frecuente, y el número de personas que buscan tratamiento para la dependencia o el abuso de *cannabis*, es ciertamente menor que para otro tipo de trastornos relacionados con sustancias.

## **Tratamiento**

La intoxicación leve por *cannabis* al igual que las otras producidas por psicodislépticos no requiere tratamiento, ya que por lo general se atenúa y desaparece rápidamente. Pero en el episodio de moderado a severo o en los cuadros de pánico, el uso de ansiolíticos puede indicarse para revertir en poco tiempo la condición aguda del cuadro. En estos pacientes la administración oral de benzodiazepinas (Diazepam 5-10 mg VO., Alprazolam 0.25-1mg VO, Lorazepam 1-2mg VO) puede aliviar la sensación de ansiedad y la agitación.

En los cuadros psicóticos con agitación psicomotora, puede requerirse un tratamiento con medicamentos antipsicóticos; sin embargo, los síntomas suelen disminuir con la administración de benzodiazepinas. La taquicardia en caso necesario, puede controlarse efectivamente mediante el masaje carotídeo (debe evitarse si existe riesgo de embolismo) o maniobras de valsalva. El uso de medicamentos como los beta bloqueadores o calcio antagonistas, deberán utilizarse como segunda línea, en casos que no respondan a las maniobras arriba mencionadas.

## **Delirium por intoxicación con *cannabis***

### **Manifestaciones clínicas**

Se trata de un cuadro asociado a la intoxicación de *cannabis*, caracterizado por una marcada deficiencia en el área cognoscitiva y en el desempeño de las tareas. Aun dosis moderadas provocan deficiencia de memoria, tiempo de reacción, percepción, coordinación motora y atención. Las dosis altas causan alteraciones del sensorio y trastornos más representativos a nivel cognoscitivo.

### **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 consumo de *cannabis*, el cuadro clínico se revierte de manera espontánea; sin embargo, en caso de persistir, debe indagarse la presencia de comorbilidad asociada para definir la pauta terapéutica correspondiente.

## **Trastorno psicótico inducido por *cannabis*, con ideas delirantes y alucinaciones**

### **Manifestaciones clínicas**

Los trastornos psicóticos inducidos por *cannabis* se diagnostican cuando existe psicosis inducida por la sustancia. El trastorno es raro,

no así las ideas paranoides transitorias. La psicosis florida es en cierta medida común en los usuarios con consumo alto y por tiempo indefinido (tiempo-dosis).

## **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**

El cuadro se revierte frecuentemente de forma espontánea al suspenderse el consumo de cannabis y lograr la eliminación del tóxico. Cuando el caso lo amerita, se puede recurrir al manejo sintomático con base en neurolépticos –haloperidol 10-15 mg/día, olanzapina 5-15 mg/día, risperidona 2-8 mg/día, aripirazol 10-30 mg/día, zuclopentixol 10-50 mg/día, entre otros–; y/o ansiolíticos –diazepam 10-20 mg/día, alprazolam 0.5-4 mg/día, lorazepam 1-6 mg/día, clorazepato dipotásico 7.5-15 mg/día, entre otros–, con un esquema basado en dosis-respuesta, debiendo iniciar con dosis bajas.

## **Síndrome de abstinencia de cannabis**

### **Manifestaciones clínicas**

Existe controversia respecto al desarrollo de un síndrome de abstinencia para este psicotrópico de difícil categorización clínica y farmacológica, en tanto no es propiamente un sedante, ni estimulante ni psicodisléptico; por esta razón, el diagnóstico de abstinencia de *cannabis* no cuenta con apartado numérico.

No obstante lo anterior, la experiencia de las últimas décadas en el estudio de las adicciones a nivel mundial, ha permitido identificar un cuadro que ocurre por la discontinuación después de un consumo intenso y prolongado –mínimo de 3 semanas–, que se caracteriza por alteraciones inespecíficas y variables de individuo a individuo. Algunos pacientes suelen referir: irritabilidad, inquietud, excitación o ansiedad, acompañada de cambios fisiológicos autonómicos como temblor, mialgias, diaforesis, escalofríos, hipertermia, anorexia, náuseas, diarrea y otras alteraciones del sueño –aumento de rebote del sueño MOR– y del apetito. Este síndrome por lo general se presenta días después de la supresión del consumo, suele ser de intensidad leve y de corta duración, 4 a 5 días.

## **Tratamiento**

En muchos casos el cuadro puede no requerir tratamiento específico. Si se amerita, el tratamiento será esencialmente sintomático; pueden usarse benzodiazepinas de acuerdo con los esquemas apuntados para otros cuadros clínicos, procurando que la duración no sea mayor de 10 días.

## **Trastorno de ansiedad inducido por *cannabis***

### **Manifestaciones clínicas**

El trastorno de ansiedad inducido por *cannabis* es un diagnóstico frecuente para la intoxicación aguda relacionada con el consumo moderado o intenso de la droga por vía fumada; en muchas ocasiones la ansiedad se genera por el contenido de la ideación paranoide. Existe correlación entre la intensidad de los síntomas de ansiedad y la dosis utilizada. Se presenta más entre los sujetos sin experiencia que en los consuetudinarios.

## **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**

Posterior a la interrupción del uso de *cannabis* y pasado el periodo temprano de la abstinencia, el cuadro con frecuencia se revierte de manera espontánea. En caso de persistir y después de descartar la posibilidad etiológica de una comorbilidad asociada, el manejo puede ser sintomático utilizando ansiolíticos del tipo de las benzodiazepinas –diazepam 10-20 mg/día– y/o, en su caso, el uso de antidepresivos ISRS –paroxetina 20 mg/día–; iniciando con dosis bajas, supervisando los síntomas y el apego estricto a la posología indicada, sobre todo con las benzodiazepinas, por el riesgo de abuso de las mismas por parte del paciente.

## **Trastornos sin otra especificación relacionados con el consumo de *cannabis***

En el DSM-IV-TR, como no se reconocen formalmente los trastornos del estado de ánimo inducidos por consumo de esta sustancia, por lo tanto se clasifican como trastornos sin otra especificación relacionados con el consumo de *cannabis*. La intoxicación puede asociarse a estados depresivos, aunque esos síntomas pueden sugerir un consumo prolongado de la sustancia. La hipomanía, sin embargo, es un síntoma común de la intoxicación. En el DSM-IV-TR tampoco reconocen formalmente los trastornos del sueño o disfunciones sexuales inducidos por *cannabis*,

por lo tanto, se clasifica a ambos trastornos sin otra especificación o complicaciones asociadas.

## **Otras**

Reviviscencias (*flashback*), son alteraciones de la sensopercepción que reaparecen después de varias semanas o meses de interrumpida la sustancia, sin que ocurra un nuevo consumo; el cuadro recuerda la crisis tóxica y habitualmente tienen una duración corta, que puede ser placentera o desagradable; suelen desencadenarse por situaciones de estrés, el uso de otros psicotrópicos o por estímulos ambientales similares a la experiencia original, de ahí su denominación. Usualmente, las reviviscencias disminuyen en cuanto a intensidad, frecuencia y duración entre un episodio y el siguiente. En los casos en que los episodios de *flashback* recurran por más de un año, debe descartarse una comorbilidad psiquiátrica asociada.

## **Síndrome abúlico**

El síndrome abúlico o amotivacional se caracteriza por la presencia de síntomas, como apatía, desinterés, incapacidad para desarrollar planes futuros, empobrecimiento afectivo la indiferencia predomina sobre la tristeza, abandono del cuidado personal, inhibición sexual, alteraciones psicomotoras –disminución de los reflejos, parquedad de movimientos, lentitud de desplazamientos– que suele traer consecuencias en cuanto al descenso en el rendimiento escolar o laboral, deterioro de las habilidades comunicativas y retraimiento social.

Existe controversia respecto a que si está relacionado con el consumo o refleja características de la personalidad de un subgrupo de individuos, independientemente del consumo. Su presencia se asocia con el uso prolongado de grandes dosis en sujetos renuentes a dejar la droga.

## Corolario

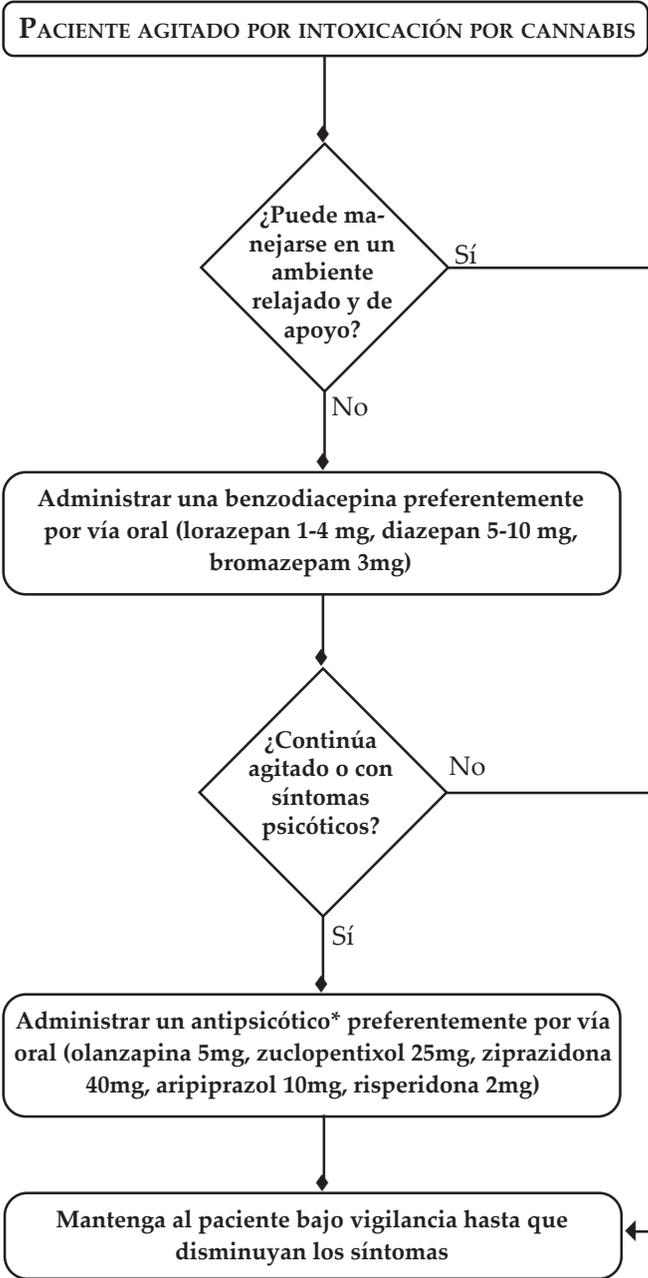
El problema del uso y abuso de la *cannabis* (mariguana) desde la perspectiva médica y psiquiátrica de las adicciones, es grave en México y en el mundo. Es alarmante el abuso de esta sustancia, en especial entre los adolescentes, y tiene una significancia relevante como droga de inicio para el abuso de otras sustancias. Por tanto, es prioritario realizar un plan de acciones dentro de los marcos preventivos y curativos, para todas las disciplinas médicas y psicosociales, así como para la participación directa de la población. Lo anterior, a efecto de establecer los mecanismos necesarios para lograr el control, la disminución del consumo y la producción, que ocasionan una gran variedad de conductas antisociales, como delitos y accidentes, entre otros, de gran impacto negativo para la comunidad.

En consecuencia, el trabajo en el tratamiento de estos pacientes debe continuar a través de diferentes enfoques, con el fin de modificar los factores que propiciaron el inicio y mantienen el consumo de esta sustancia, en los ámbitos biológico, psicológico y social.

Para el tratamiento integral es conveniente incluir diferentes alternativas, como intervenciones psicoterapéuticas de corte individual, grupal y familiar; asimismo, incorporar estrategias de prevención de recaídas; considerar y solucionar las contingencias que puedan interferir con los objetivos terapéuticos y continuar la abstinencia, que puede ser ratificada con pruebas antidoping. Por último, incorporar estrategias de reintegración social, rehabilitación vocacional y otros servicios de apoyo.

# **ANEXO**





\*Aunque puede utilizarse cualquier tipo de antipsicótico, los estudios más recientes recomiendan la utilización de aquellos denominados como atípicos por su bajo perfil de efectos secundarios.

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL USO DE CANNABIS, 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 conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento y de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.

#### *Pautas para el diagnóstico*

La intoxicación aguda suele asociarse con la dosis de la sustancia, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente (por ejemplo, insuficiencia renal o hepática), en quienes dosis relativamente pequeñas pueden provocar una intoxicación desproporcionadamente grave. También debe considerarse la desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, fiestas o carnavales). La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio. Con el tiempo, la intensidad de la intoxicación disminuye, 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 la sustancia. Por ejemplo, las sustancias psicotropas depresoras del sistema nervioso central pueden producir síntomas de agitación o hiperreactividad, o las sustancias psicotropas estimulantes, desencadenar un estado de introversión y retraimiento social. Los efectos de algunas sustancias como *cannabis* y los alucinógenos son particularmente imprevisibles. Por otra parte, muchas sustancias psicotropas pueden producir diversos efectos en función de la dosis. Por ejemplo, el alcohol que a dosis bajas parece tener efectos

estimulantes del comportamiento, y cuando se aumenta la cantidad produce agitación y agresividad. Ahora bien, 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 relacionarse con la dosis, en especial con 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***

(Se aplica sólo al alcohol). 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.

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

Forma de consumo que afecta ya la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotropas por vía parenteral) o mental (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 del que consume la sustancia.

Las formas perjudiciales de consumo originan consecuencias sociales adversas de varios tipos. Sin embargo, el hecho de que una forma de uso 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 que haya podido derivar en alguna consecuencia social negativa, como una ruptura matrimonial.

### ***F1x.2 Síndrome de dependencia***

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas, donde el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, incluso mayor que cualquier otro tipo de conducta de las que en el pasado tuvo 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 período 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 en 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 controlar el comienzo y la cantidad consumida y otras para poder terminarlo.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1x.3, F1x.4) cuando se reduzca o cese el consumo de la sustancia, y se confirme por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia, o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima), con la intención de aliviar o evitar 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 producían originalmente dosis más bajas (son ejemplos claros los de las dependencias 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 que no han desarrollado tolerancia).
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, como daños hepáticos por uso excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de abuso de una sustancia y o deterioro cognitivo secundario al consumo de la misma.

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que está presente el uso de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenarlo o controlarlo. 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 cuando no se les proporciona la sustancia, aun cuando no desean 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 drogas disponible y en los que se presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia, al verse privados de éstas).

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, con chicles o parches de nicotina; dependencia controlada.)

***F1x.23 En la actualidad en abstinencia mediante 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, 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. El síndrome de abstinencia 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 considerarse.

Los síntomas somáticos varían en función de 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 indiquen 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 ausencia de un uso previo inmediato de la sustancia. En estos casos el diagnóstico de síndrome de abstinencia, sólo se hará si lo requiere su gravedad.

El diagnóstico de síndrome de abstinencia puede concretarse más con un quinto carácter:

### *F1x.30 No complicado*

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

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

Trastorno en el que un síndrome de abstinencia (ver F1x.3) se complica con un delírium (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 vividas en cualquier modalidad sensorial y temblor intenso. Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo sueño-vigilia y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo.

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 con el consumo de una sustancia o inmediatamente después, caracterizado por alucinaciones (auditivas, pero que afectan a menudo a más de una modalidad sensorial), falsos reconocimientos, ideas delirantes o de referencia (a menudo de naturaleza paranoide o de persecución), trastornos psicomotores (excitación, estupor) y estados emocionales anormales, que van desde el miedo intenso hasta el éxtasis. Suele haber claridad del sensorio, aunque puede estar presente un cierto

grado de obnubilación de la conciencia, que no llega al grado de un estado confusional grave. Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses.

### *Pautas para el diagnóstico*

Trastornos psicóticos que se presentan durante el consumo de una droga o inmediatamente después (por lo general dentro de las primeras 48 horas), siempre y cuando no sean una manifestación de un síndrome de abstinencia con delirium (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 de 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 con dosis altas.

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 suele presentarse un trastorno del sentido del tiempo, con dificultades para ordenar cronológicamente acontecimientos del pasado y una disminución de la capacidad para aprender nuevas cosas. Puede ser marcada la presencia de confabulaciones, aunque no siempre están presentes. El resto de las funciones cognoscitivas suele estar relativamente bien conservado.

*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 cognoscitivas.
- 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 psicótropas.

Síndrome de Korsakov inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.

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

Estados en los cuales ciertos trastornos cognoscitivos, afectivos, de la personalidad o del comportamiento debidos al consumo de alcohol u otras sustancias psicótropas, 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 psicótropa. Los casos cuyo comienzo tiene lugar con posterioridad a un episodio de consumo de drogas sólo deben ser diagnosticados de trastorno psicótico residual inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas, si hay una evidencia clara y sólida para atribuir al trastorno psicótico residual al efecto de la droga. 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 período 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 psicótropas no es siempre irreversible, y así las funciones intelectuales y mnésicas pueden mejorar tras un período de abstinencia total.

El diagnóstico de trastorno psicótico residual inducido por sustancias psicótropas 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 psicótropas.

### ***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 psicótropas***

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 psicótropas.

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

### ***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 encuentran pautas suficientes para ser incluido en alguno de los trastornos precedentes.

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

### *F14.0 Intoxicación aguda por cannabinoides*

Criterios diagnósticos de investigación
A. Se deben satisfacer los criterios generales para intoxicación aguda (F1x.0).
B. Debe existir comportamiento alterado o anomalías perceptivas, incluyendo alguno de los siguientes. <ol style="list-style-type: none"><li>1. Euforia y desinhibición.</li><li>2. Ansiedad o agitación.</li><li>3. Susplicacia o ideación paranoide.</li><li>4. Enlentecimiento temporal (sensación de que el tiempo pasa muy despacio y/o la experiencia de un rápido flujo de ideas).</li><li>5. Juicio alterado.</li><li>6. Deterioro de la atención.</li><li>7. Deterioro del tiempo de reacción.</li><li>8. Ilusiones auditivas, visuales o táctiles.</li><li>9. Alucinaciones con la orientación conservada.</li><li>10. Despersonalización.</li><li>11. Desrealización.</li><li>12. Interferencia en el funcionamiento personal.</li></ol>
C. Al menos uno de los siguientes signos deben estar presentes: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Apetito aumentado.</li><li>2. Boca seca.</li><li>3. Inyección conjuntival.</li><li>4. Taquicardia.</li></ol>

### *F14.3 Estado de abstinencia por cannabinoides*

Criterios diagnósticos de investigación
Nota: Éste es un síndrome de una enfermedad definida para el que no se han establecido todavía los criterios diagnósticos definitivos. Aparece tras la suspensión de un prolongado uso de altas dosis de cannabinoides. Se ha apreciado que puede oscilar su duración de varias horas a siete días. Entre los síntomas y signos se incluye ansiedad, inestabilidad, temblor de manos extendidas, sudoración y dolores musculares.

## DSM-IV TR

### Crterios para el diagn3stico de dependencia de sustancias, seg6n el DSM-IV TR

Un patr3n desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar cl6nicamente significativos, expresado por tres (o m3s) de los 6tems siguientes en alg6n momento de un periodo continuado de 12 meses:

1. Tolerancia definida por cualquiera de los siguientes 6tems:
  - a. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicaci3n 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 6tems:
  - a. El s6ndrome de abstinencia caracter6stico para la sustancia.
  - b. Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los s6ntomas de abstinencia.
3. La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo m3s largo de lo que inicialmente se pretend6a.
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 obtenci3n de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios m3dicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo, fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperaci3n de los efectos de la sustancia.
6. Reducci3n de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debidas al consumo de la sustancia.
7. Se contin6a tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicol3gicos, o f6sicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo, consumo de coca6na a pesar de saber que provoca depresi3n, o una continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una 6lcera).

Especificar si:

Con dependencia fisiol3gica: signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo, se cumple cualquiera de los puntos 1 o 2).

Sin dependencia fisiol3gica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo, no se cumplen los puntos 1 o 2).

Codificaci3n del curso de la dependencia en el quinto d6gito:

- 0 Remisi3n total temprana.
- 0 Remisi3n parcial temprana.
- 0 Remisi3n total sostenida.
- 0 Remisi3n parcial sostenida.
- 2 En terap6utica 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; 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 cannabis según el DSM-IV TR**

A. Consumo reciente de Cannabis.

B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., deterioro de la coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de que el tiempo transcurre lentamente, deterioro de la capacidad de juicio, retraimiento social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de Cannabis.

C. Dos (o más) de los siguientes síntomas que aparecen a las 2 horas del consumo de Cannabis:

1. Inyección conjuntival.
2. Aumento de apetito.
3. Sequedad de boca.
4. Taquicardia.

D. Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni 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 trastorno psicótico inducido por cannabis, 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 droga; los síntomas persisten durante un período sustancial de tiempo (por ejemplo, alrededor de 1 mes) tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos en relación con lo que cabría esperarse por el tipo o la cantidad de la droga 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 las mismas).

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 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 cannabis según el DSM-IV TR**

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

B. Cambio en las funciones cognoscitivas (como 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 período (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 trastorno de ansiedad inducido por anfetaminas, 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 se relaciona 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 de la droga; los síntomas persisten durante un tiempo considerable (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final del período agudo de intoxicación o de abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con 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 de ansiedad independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios de carácter recidivante no relacionados con sustancias).

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 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

- ◆ ANDREW J. "Psychiatric effects of *cannabis*". *British Journal of Psychiatry* 2001, February, 178:116-122 .
- ◆ APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV-TR*. American Psychiatric Association. 2002.
- ◆ ASHTON CH. "Pharmacology and effects of *cannabis*: a brief review". *British J Psychiatry*, 2001, 178, 101-106.
- ◆ CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, CIJ. Informe *Consumo de Drogas en pacientes que ingresaron a tratamiento en 2003*. Centros de Integración Juvenil, 2004.
- ◆ CROWLEY TJ, MACDONALD MJ, WHITMORE EA. "*Cannabis* dependence, withdrawal and reinforcing effects among adolescents with conduct symptoms and substance use disorders". *Drug and Alcohol Dependence*, 1998, 50:27-37.
- ◆ GUIZA CVM, DÍAZ-BARRIGA SL, SÁNCHEZ HR. SOUZA Y MM. *Farmacoterapia de los Síndromes de Intoxicación y Abstinencia por Psicotrópicos*. Centros de Integración Juvenil, A. C. México, 2003.
- ◆ HALES RE; YODOFSKY SC; TALBOTT JA. *Tratado de Psiquiatría 3ª*. Edición. Masson, 1992.
- ◆ INP-SEP. *Consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del DF*. Medición Otoño, 2003. Reporte Global. INP-SEP. México, 2003.
- ◆ MENEZES PR. JOHNSON S, THORNICROFT G. "Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in south London". *British J Psychiatry*, 1996, 168: 612-619.
- ◆ ONUDD. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación*. ONU, N.Y., 2003.
- ◆ ONUDD. *World Drug Report 2004*. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), 2004.
- ◆ ONUUD. *Informe Mundial de las adicciones 2003*. Organización de las Naciones Unidas (ONU), *Panorama de las Adicciones, Cannabis*. 2003.

- ◆ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS. *Décima Revisión de Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10. Trastornos Mentales y Comportamiento*. Editorial, 1993.
- ◆ SECRETARÍA DE SALUD. *Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)*, México, 2002.
- ◆ SECRETARÍA DE SALUD. *Observatorio Mexicano en Tabaco, Alcohol, y Otras Drogas 2003*, Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2004.
- ◆ SECRETARÍA DE SALUD, *Encuesta Nacional de Adicciones en Jóvenes 2002-2003*, Secretaría de Salud, Enero- Febrero, 5(1):57-69.
- ◆ SECRETARÍA DE SALUD, *Encuesta nacional de adicciones, 2002*. Consejo contra las adicciones. Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México, 2003.
- ◆ KALANT H. "Adverse Effects of Cannabis on Health an Update of the Literature Since 1996", *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 28: 849-863. 2004
- ◆ ALBERY, I.P., STRANG, J., GOSSOP, M., GRIFFITHS, P., 2000. "Illicit drugs and driving: prevalence, beliefs and accident involvement among a cohort of current out-of-treatment drug users". *Drug Alcohol Depend*, 58, 197-204.
- ◆ FLIGIEL, S.E., ROTH, M.D., KLEERUP, E.C., BARSKY, S.H., SIMMONS, M.S., TASHKIN, D.P., 1997. Tracheobronchial histopathology in habitual smokers of cocaine, marijuana, and/or tobacco". *Chest* 112, 319-326.
- ◆ KALANT, H., CORRIGALL, W.A., HALL, W., SMART, R.G. (Eds.), 1999. *The Health Effects of Cannabis*. ARF Books (CAMH), Toronto.