CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, A. C.

Pautas de tratamiento

para la atención de usuarios de COCAÍNA

2006

D.R. © 2006 Centros de Integración Juvenil, A.C.
Tlaxcala 208, Col. Hipódromo Condesa
06100, México, D.F.
www.cij.gob.mx

Pautas de tratamiento

para la atención de usuarios de COCAÍNA

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. Mario Souza y Machorro
Dr. Roberto García Suárez

Edición: Andrea Cataño
Cuidado de la Edición: Martha Mayagoitia Talamante
Corrección: Miguel Martínez Curiel
Formación: Jannette Lara Ortíz

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 1

COCAÍNA 3
Presentación, vías de administración y aspectos farmacológicos 3
Hojas de coca 3
Pasta de coca 3
Clorhidrato de cocaína 4
Cocaína base 4
Uso combinado con otras drogas 5
Alcohol y cocaína 5
Heroína y cocaína 5
Farmacocinética 7
Absorción 7
Distribución 7
Metabolismo y excreción 7
Mecanismo de acción 8

EFECTOS 9
Generalidades 9
Efectos por sistemas 10
Sistema nervioso central 10
Sistema nervioso simpático y aparato cardiovascular 11
Temperatura corporal 11
Hallazgos de laboratorio y gabinete 12
Determinación de metabolitos en orina 12
Pruebas de funcionamiento hepático 12
Complicaciones 12
Panorama epidemiológico 14
Datos de consumo en población escolarizada 15
Consumidores activos 16

CUADROS CLÍNICOS POR EL USO DE COCAÍNA 17
Intoxicación por cocaína 17
Manifestaciones clínicas 17
Signos y síntomas de la intoxicación por cocaína 18
Criterios para el diagnóstico 18
Diagnóstico diferencial 18
Tratamiento 19

Intoxicación por cocaína con alteraciones perceptivas 22
Tratamiento 22
Abuso de cocaína 23
Síndrome de abstinencia de cocaína 23
Manifestaciones clínicas 23
Signos y síntomas de la abstinencia de cocaína 24
Criterios para el diagnóstico 24
Tratamiento 24
Dependencia de cocaína 25
Tratamiento 26

OTROS TRASTORNOS INDUCIDOS POR COCAÍNA 31
Delírium 31
Criterios para el diagnóstico 32
Tratamiento 32
Trastorno psicótico inducido por cocaína con ideas delirantes o alucinaciones 32
Criterios para el diagnóstico 33
Tratamiento 33
Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína 34
Criterios para el diagnóstico 34
Tratamiento 34
Trastorno de ansiedad inducido por cocaína 35
Manifestaciones clínicas 35
Criterios para el diagnóstico 35
Tratamiento 35
Trastorno sexual inducido por cocaína 36
Manifestaciones clínicas 36
Criterios para el diagnóstico 36
Tratamiento 37
Trastorno del sueño inducido por cocaína 37
Criterios para el diagnóstico 37
Tratamiento 37

ANEXOS 39

ANEXO-1 FUJOGRAMA PARA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON INTOXICACIÓN POR COCAÍNA 41

ANEXO-2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL USO DE COCAÍNA, SEGÚN LA CIE-10 Y EL DSM-IV TR 42

CIE 10 42

F1x.0 INTOXICACIÓN AGUDA 42
Pautas para el diagnóstico 42
F1x.00 No complicada 43
F1x.01 Con traumatismo o lesión corporal 43
F1x.02 Con otra complicación médica 43
F1x.03 Con delírium 43
F1x.04 Con distorsiones de la percepción 43
F1x.05 Con coma 43
F1x.06 Con convulsiones 43
F1x.07 Intoxicación patológica 43
F1x.1 Consumo perjudicial 44
Pautas para el diagnóstico 44
F1x.2 Síndrome de dependencia 44
Pautas para el diagnóstico 44
F1x.20 En la actualidad en abstinencia 46
F1x.21 En la actualidad en abstinencia en un medio protegido 46
F1x.22 En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado 46
F1x.23 En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes 46
F1x.24 Con consumo actual de la sustancia 47
F1x.25 Con consumo continuo 47
F1x.26 Con consumo episódico 47
F1x.3 Síndrome de abstinencia 47
Pautas para el diagnóstico 47
F1x.30 No complicado 48
F1x.31 Con convulsiones 48
F1x.4 Síndrome de abstinencia con delírium 48
F1x.40 Sin convulsiones 48
F1x.41 Con convulsiones 48
F1x.5 Trastorno psicótico 48

Pautas para el diagnóstico 49
F1x.50 Esquizofreniforme 49
F1x.51 Con predominio de las ideas delirantes 49
F1x.52 Con predominio de las alucinaciones 50
F1x.53 Con predominio de síntomas polimorfos 50
F1x.54 Con predominio de síntomas depresivos 50
F1x.55 Con predominio de síntomas maníacos 50
F1x.56 Trastorno psicótico mixto 50
F1x.6 Síndrome amnésico 50
Pautas para el diagnóstico 50
F1x.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicotropas 51
Pautas para el diagnóstico 51
F1x.70 Con reviviscencias (flashbacks) 52
F1x.71 Trastorno de la personalidad o del comportamiento 52
F1x.72 Trastorno afectivo residual 52
F1x.73 Demencia inducida por alcohol u otras sustancias psicotropas 52
F1x.74 Otro deterioro cognoscitivo persistente 52
F1x.75 Trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas 52
F1x.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento 52
F1x.9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificación 53
F14.0 Intoxicación aguda por cocaína 53
F14.3 Estado de abstinencia por cocaína 54

DSM-IV TR 55

BIBLIOGRAFÍA 66

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 Cocaína" 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.

Cocaína

La cocaína, obtenida de la planta de la coca, se consume en diversas preparaciones (hojas de coca, pasta de coca, clorhidrato de cocaína y alcaloide de cocaína, como tipo *crack* y la cocaína de "base libre") que difieren en su potencia, debido a los diversos niveles de pureza y rapidez de acción. En todas las formas, la cocaína es el ingrediente activo que tiene potentes efectos estimulantes en el Sistema Nervioso Central (SNC).

Presentación, vías de administración y aspectos farmacológicos

La presentación, vía de administración y concentración de cocaína, son variables que condicionan su farmacocinética, actividad farmacológica, toxicidad y grado de adicción.

Hojas de coca

Masticar las hojas de coca es una práctica de la población de los Andes. La absorción del principio activo es variable; depende de contenido, preparación, uso de sustancias alcalinas y habilidad para hacerlo. También se usan de infusión. Las hojas de coca de los arbustos de Bolivia, Perú y Ceilán, contienen menos alcaloides y mayor cantidad de cocaína que las de Java.

Pasta de coca

El sulfato de cocaína, conocido como "pasta base", "pasta", "basuco", se obtiene por maceración de las hojas con ácido sulfúrico, álcalis, solventes orgánicos o amoníaco; su consumo

ocurre principalmente en las zonas productoras. Contiene de 40 a 85% de sulfato de cocaína. Se fuma combinada con tabaco o mariguana.

Clorhidrato de cocaína

Es la sal derivada del sulfato de cocaína con ácido clorhídrico, conocido como "coca", "nieve", "doña blanca"; tiene forma de cristales escamosos blancos y se usa principalmente por vía intranasal ("esnifada"). La vascularización de la nasofaringe facilita su absorción y sus efectos (locuacidad, sensación de energía) que duran entre 20 y 40 minutos. La administración intravenosa desencadena reacciones más intensas e inmediatas (30 segundos) que perduran entre 10-20 minutos; posteriormente y de manera rápida, aparece un intenso descenso del estado de ánimo (crash) acompañado de disforia, irritabilidad y alteraciones gastrointestinales. El calor disminuye considerablemente sus efectos.

Cocaína base

Existen dos compuestos, uno llamado *crack* (por el crujido que produce al calentarse), *rock*, piedra o roca, que se obtiene de la mezcla de clorhidrato de cocaína con solución básica (amoníaco, hidróxido de sodio o bicarbonato sódico); y el otro compuesto, la base libre (*free base*,) procede de la filtración del clorhidrato o al ser disuelta con éter.

La inhalación de los vapores, generados por el calentamiento del *crack*, se caracteriza por la intensidad de sus efectos, que se estima son 10 veces mayores a los que produce la administración intravenosa o aspirada, así como por la rapidez con que llegan al SNC (5 segundos) y su corta duración (4 minutos).

El descenso brusco de los efectos desencadena un uso compulsivo que se asocia con el establecimiento rápido de la dependencia; de tal manera que se dice que "el *crack* es el sueño del traficante y la pesadilla del adicto".

Es poco frecuente el uso de cocaína en forma de base libre, debido a los riesgos que implica calentarla a alta temperatura con material muy inflamable (propano y éter) para obtener sus vapores; y por la posibilidad de grave irritación y lesiones del tracto respiratorio causadas por la inhalación directa del vapor caliente.

Uso combinado con otras drogas

Alcohol y cocaína

Esta combinación se caracteriza por: intensificar los efectos eufóricos de la cocaína; disminuir algunos de sus efectos indeseables, como la cefalea intensa tipo migraña, e incrementar la morbimortalidad en los usuarios. Datos epidemiológicos señalan que esta mezcla aumenta hasta en 18 veces el riesgo de muerte súbita por cocaína.

La presencia de etanol inhibe y altera el metabolismo de la cocaína; las esterasas hepáticas convierten a la cocaína en etilcocaína o cocaetileno que posee doble actividad, farmacológica y tóxica a nivel cardiaco, hepático y del SNC.

Heroína y cocaína

Usuarios crónicos suelen administrarse ambas drogas de manera combinada y/o subsecuente (*speed-ball*), para evitar los efectos de la abstinencia. El riesgo que se desprende de esta combinación es considerable por la sinergia del potencial adictivo de ambas.

FORMAS DE ABUSO

TIPO DE SUSTANCIA	CONCENTRACIÓN DE COCAÍNA	VIA DE ADMINISTRACIÓN	PORCENTAJE EN PLASMA	VELOCIDAD EN QUE APARECEN LOS EFECTOS	CONCENTRACIÓN MÁXIMA EN PLASMA	TIEMPO DE DURACIÓN	DESARROLLO DE DEPENDENCIA
Hojas de Coca	0.5-1.5%	Oral: mascada infusión	20-30%	Lenta	60 Minutos	30-60 Minutos	No
Clorhidrato Cocaína	12-75%	Tópico: nasal, ocular, genital rectal	20-30%	Relativamente Rápida	5-10 Minutos	30-60 Minutos	Sí Mediano y Largo plazo
Clorhidrato Cocaína	12-75%	Parenteral: intravenosa, subcutánea intramuscular	100%	Rápida	30-45 Segundos	10-20 Minutos	Sí Corto plazo
Pasta de Coca	40-85% (sulfato de cocaína)	Fumada	70-80%	Muy rápida	8-10 Segundos	5-10 Mintus	Sí Corto plazo
Cocaína Base	30-80% (alcaloide cocaína)	Inhalada Fumada	70-80%	Muy rápida	8-10 Segundos	5-10 Minutos	Sí Corto plazo

Farmacocinética

La cocaína es una base débil (pH 8.6) que atraviesa de manera rápida la barrera hematoencefálica, lo cual ocurre en 5 segundos cuando es fumada, y 30 al ser aspirada o administrada por vía intravenosa.

Absorción

Depende fundamentalmente de la vía de administración; si ésta es oral o nasal, la biodisponibilidad se estima de 20 a 30%; si es fumada llega al 70 y 80%; en tanto que administrada vía parenteral alcanza el 100%. Ingerida por vía oral, el pico plasmático ocurre a los 60 minutos; los efectos aparecen lentamente y duran entre 30 a 60 minutos. Cuando la vía de administración es nasal o a través de otras mucosas, el pico de concentración plasmática se reduce a 10 minutos, los efectos aparecen de manera rápida y se mantienen hasta por una hora. Fumada y por vía parenteral las concentraciones máximas ocurren en segundos, con efectos inmediatos y una duración corta. El rango de las dosis depende de la vía de administración, la cual varía de 0.2 a 3 o 4 mg/Kg. La concentración plasmática máxima se sitúa entre 50 a 2000 ng/ml, pero puede ser mayor.

Distribución

La cocaína se distribuye ampliamente por todo el organismo.

Metabolismo y excreción

La cocaína se metaboliza de manera rápida. Por hidrólisis enzimática produce benzoilecgonina (BE), ecgonina metil éster y ecgonina, que no poseen actividad significativa. Algunos otros

metabolitos que se producen en forma de radicales libres, son potencialmente activos y se propagan en pequeñas cantidades. Cuando se fuma la cocaína, su pirólisis genera una serie de compuestos químicos. Entre el 1 y 5% de la cocaína administrada se excreta sin cambios por la orina; el tiempo de eliminación es muy rápido, de 20 a 30 ml/min/Kg. Su principal metabolito es la anhidroecgonina metil éster (AEME), conocido como metil ecgonidina, y se detecta en orina hasta 3 o 4 días después del último consumo, por lo que se utiliza en las pruebas antidoping.

Mecanismo de acción

La cocaína se comporta como una amina-simpático-mimética de acción indirecta. No actúa directamente sobre los receptores adrenérgicos o dopaminérgicos, sino que asemeja la acción catecolaminérgica, aumenta la disponibilidad de los neurotransmisores-noradrenalina y dopamina-en la hendidura sináptica por inhibición de los procesos de su recaptura hacia la neurona presináptica. También, la cocaína bloquea la recaptura de serotonina.

El exceso de noradrenalina es responsable de la mayoría de efectos farmacológicos y complicaciones agudas: aumento de presión arterial, dilatación pupilar, sudoración, temblor, etcétera. La dopamina se relaciona con la euforia que produce la cocaína y parece estar implicada en los cambios conductuales, acciones bioquímicas y mecanismo de adicción. Los efectos sobre la neurotransmisión catecolaminérgica y serotoninérgica constituyen la base del mecanismo de acción que genera la dependencia.

La cocaína fue el primer anestésico local utilizado y el precursor de otros anestésicos locales, como procaína y novocaína. El efecto analgésico ocurre por bloqueo de la conducción nerviosa, debido a la disminución de la permeabilidad de la membrana a los iones de sodio.

Efectos

Generalidades

Los efectos estimulantes de la cocaína sobre el SNC se presentan de manera rápida e intensa; dependen de la preparación, vía de administración y dosis. Los síntomas recuerdan a los de la hipomanía; incluyen euforia, hipervigilancia, ideas de grandiosidad, cambios perceptivos y conductuales como desinhibición, beligerancia, agitación psicomotriz, incremento de actividad sexual; deterioro de la capacidad de juicio y de las actividades sociales y laborales. Entre los signos físicos se encuentran: taquicardia, dilatación pupilar, elevación de la presión arterial, sudoración, escalofríos, náuseas, vómitos y alucinaciones visuales o táctiles.

Los efectos son más intensos con la administración intravenosa o inhalación de los vapores de la combustión de la base libre y del *crack*. La administración frecuente conduce a la tolerancia de los efectos eufóricos, y la tolerancia paradójica, a las experiencias adversas, como ansiedad y pánico; en ocasiones se presenta delírium. La administración prolongada puede conducir a psicosis alucinatorias transitorias, que semejan la esquizofrenia de tipo paranoide. El aumento de la actividad psicomotora, los movimientos estereotipados y la disminución del apetito, se relacionan con los efectos de la dopamina.

Efectos a corto plazo de la cocaína
Aumento de energía
Disminución del apetito
Agudeza mental
Taquicardia y aumento de la presión arterial
Vasoconstricción
Hipertermia
Midriasis

Consecuencias médicas del abuso de la cocaína
Efectos cardiovasculares ♦ irregularidades en el ritmo cardíaco ♦ infartos de miocardio Efectos respiratorios ♦ dolor toráxico ♦ paro respiratorio Efectos neurológicos ♦ embolias ♦ cefaleas y convulsiones

Efectos por sistemas

Sistema nervioso central

La cocaína actúa como un potente estimulante del SNC. Dosis moderadas producen elevación del estado de ánimo, sensación de mayor energía y lucidez; insomnio y mayor rendimiento en la realización de tareas; hiperactividad motora, verborrea y taquipsiquia; disminuye la sensación de fatiga y el apetito. Estos efectos son análogos, aunque menos duraderos, a los de las anfetaminas.

Pasado el efecto agudo aparece cansancio, fatiga y disforia, que son más pronunciados en relación con la rapidez y la intensidad de los efectos producidos por la cocaína. También surge un deseo intenso por consumir la droga (*craving*). Todos estos efectos se deben fundamentalmente a la inhibición de la recaptura de dopamina. La administración de cocaína por vía endovenosa produce una sensación intensa y placentera de euforia. Se han referido alteraciones de la percepción, de la capacidad crítica y discriminativa (decisiones erróneas), alucinacio-

nes táctiles, zoopsias (sensación de movimiento de insectos por debajo de la piel); alucinaciones visuales y auditivas (de autorreferencia con contenidos de crítica y de reproche, que le llevan a situaciones de temor incontrolable); conducta estereotipada, bruxismo y movimientos compulsivos.

Sistema nervioso simpático y aparato cardiovascular

Los efectos por aumento de la actividad simpática, a través del estímulo de receptores alfa y beta adrenérgicos, se manifiestan fundamentalmente en el aparato cardiovascular, como vasoconstricción por efecto simpático mimético periférico y a la vez, aumento de la presión arterial por efecto inotrópico y cronotrópico positivo. Puede presentarse bradicardia por depresión del nodo sinusal, pero con mayor frecuencia taquicardia por estimulación del mismo. El aumento de la fuerza de contracción y de la frecuencia cardiaca se relacionan con el estímulo de los receptores beta 1. También la presencia de midriasis, temblor y sudoración, corresponden al estímulo simpático.

Temperatura corporal

Se eleva la temperatura corporal por aumento de la actividad muscular y disminución de la pérdida de calor, debido al efecto vasoconstrictor de la cocaína. En la hipertermia también interviene la pérdida del control dopaminérgico de los receptores hipotalámicos reguladores de la temperatura, causada por el agotamiento de los depósitos de dopamina y acompañada, algunas veces, de convulsiones (de manera análoga a la hipertermia del síndrome neuroléptico maligno). Se han reportado casos de muerte súbita, aun con dosis bajas pero usadas de manera continua.

Hallazgos de laboratorio y gabinete

Determinación de metabolitos en orina

Algunos metabolitos de la cocaína como la benzoilecgonina, anhidroecgonina metil éster (AEME, conocida como metil ecgonidina) permanecen en la orina de 1 a 3 días después de una dosis única y pueden estar presentes de 7 a12 días en los sujetos que consumen dosis altas de forma repetida; por lo que son de utilidad para las pruebas antidoping.

Pruebas de funcionamiento hepático

Se reporta alteración moderada de las pruebas de funcionamiento hepático en sujetos que se inyectan cocaína o consumen también alcohol de manera excesiva. En caso de hepatitis, se encuentran las alteraciones correspondientes.

Radiografías de tórax, muestran los hallazgos característicos de las complicaciones orgánicas asociadas, como neumonía, neumotórax o tuberculosis.

La interrupción del consumo crónico se asocia con cambios electroencefalográficos, alteraciones de la secreción de prolactina y disregulación de los receptores de la dopamina.

Complicaciones

Se presenta hiporexia y anorexia que resultan en pérdida de peso y desnutrición.

La administración intranasal crónica conduce a la necrosis del tabique por vasoconstricción, edema, hemorragia y analgesia local; en tanto, la administración intravenosa, las impurezas de la droga y el intercambio de agujas y jeringuillas contaminadas, conducen a infecciones localizadas como abscesos, vasculitis y granulomas; o

generalizadas, como septicemias, embolias, endocarditis, VIH-SIDA, tuberculosis y hepatitis B y C. El uso de *crack* se ha asociado con la disminución de la ventilación pulmonar y edema pulmonar agudo.

Puede presentarse agitación, diaforesis, taquicardia y disritmias cardiacas, acidosis metabólica y respiratoria, crisis convulsivas, paro respiratorio y rabdomiólisis. Además, se han descrito isquemia, infartos del miocardio recurrentes asociados con taquicardia y vasoconstricción coronaria.

La abstinencia posterior al consumo prolongado o intenso, es seguida rápidamente de disforia, depresión, anhedonia, insomnio, ansiedad, irritabilidad y deseo intenso por consumirla. Puede presentarse un estado similar a la depresión mayor, con somnolencia e ideas de suicidio.

Resulta complicado el tratamiento para la adicción a la cocaína, ya que debe dirigirse a una variedad de problemas y necesidades específicas de cada paciente. Hay que tomar en cuenta aspectos psicológicos, sociales y farmacológicos que acompañan al uso de la droga. Para el tratamiento integral, es conveniente incluir diferentes alternativas, como intervenciones psicoterapéuticas de corte individual, grupal y familiar; incorporar estrategias de prevención de recaídas; considerar y solucionar las contingencias que interfieran con los objetivos terapéuticos, y continuar la abstinencia (que puede ser ratificada con pruebas antidoping); asimismo, incorporar estrategias de reintegración social, rehabilitación vocacional y otros servicios de apoyo.

Desde el punto de vista farmacológico, en la actualidad no existe algún medicamento específico para tratar la adicción a la cocaína. Se hallan en investigación varios compuestos nuevos para determinar su seguridad y eficacia; como la seleginina, que se encuentra en estudios clínicos de fase III en la unión americana. Debido a los cambios emocionales que ocurren al comenzar la abstinencia de la cocaína, los antidepresivos son lo que ofrecen beneficios.

Se reportan buenos resultados con estrategias de corto plazo mediante tratamientos cognitivos y de modificación de conducta, basados en la teoría de los procesos de aprendizaje que desem-

peñan un papel importante en el desarrollo y mantenimiento del abuso y la dependencia. Pero también, los procesos de aprendizaje representan un recurso terapéutico valioso para adiestrar al paciente sobre cómo enfrentar la adicción, disminuir el consumo, alcanzar la abstinencia, reconocer y evitar las situaciones donde es más propicio el uso de la droga, así como aprender a manejar de manera más eficiente los problemas y comportamientos relacionados.

Los programas de tratamiento residencial que siguen los postulados de las comunidades terapéuticas, con periodos de tres o más meses, ofrecen una alternativa de utilidad para los pacientes que necesitan de internamiento por su grado de severidad o porque han intentado dejar el consumo a través de tratamiento ambulatorio con escasos resultados.

Panorama epidemiológico

El Informe Mundial sobre las Drogas 2004 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), señala que después de la cannabis, la cocaína es la droga ilegal de mayor consumo en el mundo; en América ocupa el primer lugar, y en varios países de Europa occidental es la segunda o tercera droga más usada.

A nivel mundial, se estima que en 2003, 13 millones de personas usaron cocaína, el 0.34% de la población de 15 años o más. Del total de cocaína consumida en el mundo, el 65% ocurrió en el Continente Americano, principalmente en Estados Unidos, 48%. En este país, en el 2002 existían 5.6 millones de consumidores de cocaína, cifra que equivale a 2.5% de la población de 12 años o más, y al 3.1% de población de 15 a 64 años.

El uso de cocaína en Sudamérica, incluyendo América Central y el Caribe, afecta a 2.3 millones de personas, 0.8 % de la población de 15 a 64 años.

En Europa existen 3.3 millones de usuarios de cocaína, el 25 % del total de los usuarios en el mundo y el equivalente a 0.6 %

de la población entre 15-64 años. Más de 90 % de los usuarios de cocaína de Europa, se ubican en Europa occidental, 1 % de la población entre 15-64 años.

En Oceanía el empleo de cocaína es de 1.1 % de la población de 15-64 años; Australia registra la mayor prevalencia en esa región, con un 1.5 % de la población de 15-64 años.

Asia presenta el nivel más bajo de uso de cocaína. En África, principalmente en Sudáfrica y algunos países de África Occidental, el consumo, en parte, se relaciona con el tráfico de Sudamérica hacia Europa.

En México, los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, señalan que en población general de 12-65 años, el consumo de cocaína permaneció estable en el periodo 1998-2002, con índices de 0.4 %.

Datos de consumo en población escolarizada

En 2002, un estudio realizado en EU entre estudiantes de nivel medio superior, encontró un aumento marginal en la prevalencia anual de esta sustancia, y una disminución, también marginal en 2003. En ese mismo año, la cifra de prevalencia del uso de cocaína fue de 4.8%, 20% inferior a la reportada en 1999 (6.2%), y 60% más bajo que en 1985 (13.1%). Actualmente, en EU la cocaína tipo *crack* continúa siendo un serio problema, ya que se ha convertido en una de las sustancias más importantes para el inicio del consumo de drogas.

Canadá refiere, durante 2003, una estabilización del empleo de cocaína. Las tasas de prevalencia del uso de esta sustancia entre estudiantes de enseñanza secundaria en Ontario son actualmente más altas que las de EU. Los mayores consumidores se encuentran en la población entre 18 y 25 años. En general, los hombres usan más cocaína que las mujeres.

En México, de acuerdo con los datos de la "Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes del Distrito Federal, Medición

2003 INP-SEP", 4% de la población estudiantil reportó consumo de cocaína, una disminución respecto al estudio anterior del 2000, donde alcanzó 5.2% (el nivel más alto registrado a partir de 1976, cuando iniciaron los registros en estudiantes, año en el que se reportó el 0,5%). En el nivel de bachillerato técnico, el consumo de cocaína en "el último mes" ocupa el primer lugar respecto a otras drogas ilegales.

Consumidores activos

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones de México (SISVEA), recoge información valiosa de las diferentes instituciones que atienden problemas de adicciones en nuestro país; la proporcionada por CIJ representa un importante porcentaje de la reportada por las otras instituciones que ofrecen servicios de tratamiento.

De acuerdo con el Informe "Consumo de Drogas en pacientes que ingresaron a tratamiento en 2003", de CIJ, de 10,791 pacientes atendidos por esta institución, que reportaron el consumo de cocaína, 39.8% refirió su uso en el mes previo a tratamiento; de éstos 53.2% tenían entre 12 y 50 años de edad (con promedio de 25.9 años) y la relación hombre-mujer fue de 8.2. El 50.3% informó ser soltero, 29.0% casado y 12.5% vivir en unión libre. El 43.6% cursó algún grado de educación secundaria, 25.5%, medio superior, 17.8%, primaria y 7.5% profesional. El 62.8% manifestó trabajar, 8.3% estudiar y 25.7% estar desocupado. El 53.9% fue clasificado en el nivel socioeconómico medio bajo; 23.7%, en el bajo, y 13%, en el medio bajo. El 46.3% llegó a CIJ referido por familiares y amigos, 12% por instituciones de salud y 10% por publicidad de CIJ en medios masivos.

Los pacientes atendidos refirieron haber iniciado el consumo en promedio a los 15 años. Entre las principales drogas de inicio, la cocaína se ubicó en cuarto lugar con el 6.4%; después del

tabaco (37.8%), alcohol (34.4) y cannabis (12.8%). Cabe destacar que 62.9% señaló a la cocaína como la droga de mayor impacto, ubicándose en el primer lugar de demanda de tratamiento (32.2%). La historia de consumo muestra que 38.0% era monousuario cuando ingresó a tratamiento, mientras que el resto consume simultáneamente otra droga, generalmente alcohol (31.7%), mariguana (24.85) y tabaco (16.8%). De los usuarios que reportaron otra droga (61.1%) había iniciado el uso de una tercera droga alternándola o combinándola principalmente con alcohol (27.8%), tabaco (26.2%) y mariguana (16.6%). El patrón epidemiológico muestra una gran dispersión hacia zonas donde en años atrás, aún no se había registrado; el consumo en personas jóvenes ha aumentado de forma considerable.

De los consumidores activos de *crack*, destaca que de los 3,779 pacientes que reportaron su uso alguna vez en la vida, 55.9% lo hizo en el mes previo al tratamiento.

Cuadros clínicos por el uso de cocaína

Intoxicación por cocaína

Manifestaciones clínicas

Los síntomas que acompañan al consumo reciente de cocaína incluyen euforia, con incremento de la sensación de vigor, ideas de grandiosidad, hiperactividad, inquietud, ansiedad, tensión, aumento del estado de alerta, hipervigilancia, sociabilidad, suspicacia, enojo, dolor precordial, escalofríos, náusea, disminución del apetito. En la intoxicación crónica se refiere cansancio, síntomas depresivos, afectividad embotada y retraimiento social.

Entre los signos clínicos que aparecen durante la intoxicación aguda, destacan los siguientes: incremento en la frecuencia cardiaca, arritmia, aumento de la presión arterial, confusión, deterioro de la capacidad de juicio, midriasis, discinesias, distonías, su-

doración profusa, vómito, incremento en la actividad psicomotora, comportamiento estereotipado, crisis convulsivas. En algunas ocasiones se presenta hipotensión, bradicardia, retraso psicomotor, debilidad muscular, depresión respiratoria y coma.

Signos y síntomas de la intoxicación por cocaína

Euforia	Taquicardia (a veces bradicardia)
Sensación de aumento de energía	Arritmias cardiacas
Hipervigilancia	Hipertensión (a veces hipotensión)
Creencias o actos grandiosos	Sudoración y escalofríos
Agresividad	Pérdida de peso (después de consumo prolongado)
Actitud retadora	
Labilidad del humor	Dilatación pupilar
Ilusiones auditivas, visuales o táctiles	Agitación psicomotriz (a veces enlentecimiento)
Alucinaciones	
Ideación paranoide	Debilidad muscular
Náusea y vómitos	Conductas repetitivas
Dolor toráxico	Convulsiones

Criterios para el diagnóstico

En el anexo 2 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

Algunos de los síntomas que se presentan en los trastornos inducidos por cocaína y en los trastornos mentales primarios, guardan mucha similitud; por ejemplo, entre los síntomas que aparecen durante

la intoxicación por cocaína y aquéllos que corresponden a los trastornos del estado de ánimo bipolar, con hipomanía o manía. También debe distinguirse el trastorno de ansiedad inducido por la intoxicación de cocaína, del trastorno de ansiedad generalizada y otros trastornos de angustia; de igual manera, deben identificarse los trastornos psicóticos inducidos por cocaína, de la esquizofrenia tipo paranoide.

La intoxicación por cocaína puede provocar un cuadro clínico similar a la intoxicación por anfetaminas o por fenciclidina. El diagnóstico diferencial se establece con base en los antecedentes de la administración de una u otra sustancia; o bien, del análisis químico de la sustancia administrada, o de la presencia de los metabolitos correspondientes en muestras de orina y/o plasma.

La intoxicación y la abstinencia de cocaína se distinguen de los otros trastornos inducidos por cocaína (trastorno de ansiedad inducido por cocaína, de inicio durante la intoxicación), en que los síntomas de estos últimos trastornos exceden a los que habitualmente se asocian a la intoxicación por cocaína o a la abstinencia de esta sustancia, y son de suficiente gravedad como para ameritar una atención clínica independiente.

Tratamiento

El tratamiento de urgencia del síndrome de intoxicación por cocaína, incluye varios pasos que hacen necesaria la evaluación cuidadosa de la condición general del paciente. El examen físico debe enfatizar la búsqueda de signos ocultos de traumatismo, debido a la estrecha asociación entre estas dos entidades.

Resulta útil realizar el lavado de las mucosas cuando la administración de cocaína ha sido reciente y a través de esa vía.

El análisis toxicológico de sangre y orina siempre es de utilidad; éste debe realizarse cuando exista duda del tóxico involucrado, teniendo presente la frecuencia del consumo de más de una droga.

La decisión sobre el tratamiento ambulatorio u hospitalario depende de la gravedad del caso. La intoxicación por cocaína de grado leve que no presenta complicaciones se trata de manera ambulatoria. Por el contrario, la decisión de hospitalizar a un paciente debe basarse en la severidad del síndrome de intoxicación; cuando presenta hipertermia, isquemia del miocardio, crisis convulsivas, estado de coma o episodios de confusión o alteraciones psicóticas. También, aquellos casos que necesiten de observación estrecha por un probable daño orgánico, traumatismo u otra condición grave que justifique este tipo de tratamiento. Cuando la condición clínica lo amerite, debe procederse a canalizar una vena para facilitar la administración de líquidos y medicamentos.

El tratamiento del síndrome de intoxicación por cocaína y sus complicaciones físicas es básicamente farmacológico. Las acciones deben dirigirse unas hacia el alivio de los síntomas de ansiedad y agitación, y otras a controlar las alteraciones sobre la tensión arterial y la frecuencia cardiaca.

Para el control de la hipertensión, taquicardia y arritmias cardiacas, se han propuesto la prescripción de fármacos beta bloqueadores, una de las principales herramientas en el tratamiento de la isquemia aguda del miocardio; sin embargo, éstos deben evitarse en el manejo de la isquemia por intoxicación con cocaína, ya que potencian la vasoconstricción inducida por esta sustancia; incrementan la presión arterial; son ineficaces en el control de la frecuencia cardiaca, y elevan la posibilidad de que se presenten crisis convulsivas.

Cuando la hipertensión es severa y requiere un control inmediato, es necesaria la administración I.V. de nitroprusiato de sodio a dosis de 0.5-1.5 mcg/kg/min, requiriéndose el manejo en un ambiente hospitalario para la valoración estrecha de las constantes vitales.

Si existe dolor toráxico o precordial se necesita una evaluación cardiovascular para descartar la presencia de isquemia miocárdica o infarto que requerirá del protocolo de tratamiento co-

rrespondiente en un servicio de urgencias. Los síntomas de isquemia miocárdica pueden tratarse con nitratos, como el dinitrato de isosorbide o vasodilatadores equivalentes a dosis orales de 10 a 40 mg., divididos en 3 tomas. El monitoreo de la tensión arterial, frecuencia y ritmo cardiacos, deben efectuarse al menos cada 15 minutos, por espacio de varias horas hasta corroborar que el cuadro se estabiliza. Cuando esa sintomatología no se asocia a una isquemia del miocardio, tiende a desaparecer después de suspendida la droga y se disminuye su efecto vasoconstrictor.

La presencia de dolor abdominal requiere una valoración estrecha, ya que puede evolucionar hacia una isquemia mesentérica y necesitar del tratamiento pertinente. Si el el dolor abdominal no presenta complicaciones, se resuelve, generalmente, en forma espontánea después de suprimir el consumo de esta droga.

La agitación y ansiedad suelen controlarse eficazmente con benzodiacepinas (diazepam 10-20mg, lorazepam 1-6mg), de preferencia por vía oral o intramuscular; la administración intravenosa debe efectuarse con cuidado por el riesgo de depresión respiratoria. Asimismo, hay que evitar la sujeción física por riesgo de precipitar la rabdomiólisis.

Si la persona muestra signos de deterioro del estado de conciencia, se sospecha la presencia de hipertensión intracraneal, accidente cerebro vascular (ACV), u otro cuadro neurológico, debe canalizarse al paciente a una unidad especializada.

Resulta complejo el tratamiento de hipertermia, rabdomiólisis e insuficiencia renal, por lo que requiere la participación conjunta de varias especialidades médicas para su manejo apropiado.

La mayor parte de los pacientes con episodios tóxicos por cocaína sin la presencia de complicaciones, pueden egresar en las primeras 24 horas para continuar el tratamiento de forma ambulatoria.

Es vital recalcar que el tratamiento de los trastornos por uso de cocaína no termina cuando se egresa al paciente después

de haber controlado la situación que lo trajo a consulta o a la sala de urgencias. Por lo anterior, el trabajo en el tratamiento de estos pacientes continúa a través de diferentes enfoques que intentarán modificar los factores que iniciaron y continúan propiciando el consumo de la cocaína, en los ámbitos biológicos, psicológicos y sociales.

Intoxicación por cocaína con alteraciones perceptivas

Se diagnostica cuando la intoxicación por cocaína coincide con alucinaciones auditivas, visuales o táctiles, y no se encuentra alterado el juicio de realidad, o cuando las ilusiones y alucinaciones aparecen en ausencia de delírium.

Juicio de realidad intacto significa que el sujeto sabe que las alucinaciones son provocadas por la sustancia y que no representan a la realidad externa. Cuando las alucinaciones aparecen en ausencia de juicio de realidad intacto, el diagnóstico corresponde a trastorno psicótico inducido por sustancias con alucinaciones.

Tratamiento

Después de interrumpir el consumo de cocaína y pasados su efectos, los síntomas suelen revertir de manera espontánea; en caso de que clínicamente se juzgue necesario, puede recurrirse al manejo sintomático, con esquema de dosis de respuesta, basado 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, cloracepato de potasio 7.5-15 mg/día entre otros). Se recomienda iniciar con dosis bajas.

Abuso de cocaína

Esta entidad nosológica corresponde a un patrón de uso de cocaína de menor intensidad y frecuencia que el de la dependencia. El abuso episódico no se acompaña de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la obtención y administración de cocaína. Los episodios de consumo problemáticos, que conlleva al descuido de responsabilidades y conflictos interpersonales, aparecen a menudo en ocasiones especiales; lo anterior da lugar a un patrón de consumo de dosis altas de manera episódica, en periodos breves (horas o días), seguidos por lapsos más largos (semanas o meses) de consumo ocasional o abstinencia. Los problemas legales suelen ser el resultado de la posesión o del comportamiento alterado como consecuencia del consumo.

Síndrome de abstinencia de cocaína

Manifestaciones clínicas

Surgen pocas horas después de interrumpir o disminuir el consumo excesivo y prolongado de cocaína. Incluye la presencia de un estado de ánimo disfórico que se acompaña de dos o más de estos síntomas: fatiga, sueños vívidos y desagradables, insomnio o hipersomnia, aumento del apetito y retraso o agitación psicomotora. El síndrome cuenta con dos componentes esenciales y correlacionados: la intensa apetencia por la sustancia y la anhedonia. La presencia de ambos puede simular un trastorno afectivo mayor (depresión). La apetencia por la cocaína se encuentra asociada estrechamente a situaciones ambientales que pueden desencadenarla y precipitar una recaída.

Estos síntomas provocan un malestar clínico significativo o deterioro laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad

del individuo. Los síntomas no se deben a una enfermedad ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Una mayor intensidad de síntomas corresponden a periodos de consumo de dosis altas y repetidas ("parranda", "corrida"), como producto del agotamiento de las reservas catecolaminérgicas a nivel cerebral, en las porciones mesolímbicas y mesocorticales. Se caracterizan por sentimientos intensos y desagradables de lasitud y depresión, así como aumento del apetito, que requieren algunos días de descanso y recuperación. Pueden aparecer ideas o comportamiento suicidas.

Signos y síntomas de la abstinencia de cocaína

Apetencia intensa por la cocaína
Disforia intensa
Fatiga
Sueños vívidos y desagradables
Insomnio o hipersomnia
Aumento del apetito
Retraso o agitación psicomotores

Criterios para el diagnóstico

En el anexo 2 se presentan los criterios para el diagnóstico, según la Organización Mundial de la Salud (CIE) y la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM), en sus versiones más recientes.

Tratamiento

No existe un acuerdo en el tratamiento farmacológico de este síndrome. Tanto la bromocriptina (Parlodel) como el clorhidrato de amantadina (Symmetrel) y otros antidepresivos se usan con cierto grado de

éxito. Sin embargo, hay opiniones profesionales aisladas en sentido opuesto a los medicamentos mencionados y también respecto a que no existen propiamente sustancias específicas para su manejo.

La amantadina es un fármaco efectivo para atenuar su apetencia (*craving*), pero con escasos efectos en los síntomas depresivos. La dosis oral recomendada es de 100 mg 2 veces/día y hasta 400 mg/día en episodios depresivos intensos. La prescripción debe continuarse sin interrupción por 4 semanas, a fin de disminuir el riesgo de recaídas tempranas.

La bromocriptina (Parlodel) tiene un efecto que revierte las molestias del síndrome y evita su recurrencia; la dosis oral varía entre 0.6 a 1.8 mg en 2 tomas durante 13 semanas.

Los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y otros neurotrasmisores, como los neurolépticos a dosis bajas, se usan para aliviar algunos componentes del síndrome de abstinencia de cocaína. Destaca el empleo frecuente de imipramina (Tofranil) y la clomipramina (Anafranil) en un intento de equilibrar los sistemas catecolaminérgicos alterados por la ingestión crónica de cocaína; sin embargo, los resultados no son totalmente satisfactorios.

Para controlar la apetencia del consumo durante el primer mes de supresión, puede recurrirse a la maprotilina (Ludiomil), antidepresivo tetracíclico noradrenérgico, en dosis de 150-200 mg por día, o al bupropión (Wellbutrin) en dosis promedio de 75 mg/día, que puede aumentarse hasta 450 mg/día. Estudios más recientes han realizado ensayos terapéuticos con otros antidepresivos como la reboxetina y la mirtazapina, a través de los cuales se han obtenido resultados satisfactorios en la disminución de la apetencia por la sustancia.

Dependencia de cocaína

Una de las características iniciales de la dependencia a la cocaína es su consumo compulsivo, a pesar de tener conciencia de los proble-

mas significativos relacionados con el mismo. Se presenta tolerancia, manifestada por la necesidad de consumir cantidades crecientes de cocaína para alcanzar los efectos deseados, o una notable disminución de sus efectos cuando se administra la misma dosis de cocaína.

Cuando existe dependencia, la interrupción del consumo provoca el síndrome de abstinencia a la cocaína, descrito en las páginas anteriores, que se acompaña de un deseo irresistible de consumir la sustancia (*craving*) para obtener sus efectos y, particularmente, aliviar los síntomas desagradables de la supresión.

La cocaína se administra en cantidades mayores, o durante un tiempo más prolongado que el que se pretendía inicialmente; también se presenta incapacidad para controlar o disminuir su consumo; el usuario emplea mucho tiempo en actividades relacionadas para obtener y consumir la cocaína, y se reducen importantes actividades laborales, escolares, sociales o recreativas.

Son frecuentes las complicaciones físicas o mentales, como ideación paranoide, comportamiento agresivo, ansiedad, síntomas disfóricos y pérdida de peso.

Tratamiento

El manejo simultáneo de psicofármacos y psicoterapia ha sido documentado como el de mayores beneficios. Dentro de las distintas aproximaciones psicoterapéuticas, las estrategias cognitivas y conductuales se mencionan con mejores resultados; la posibilidad de ofrecer éstas a través de servicios de consulta externa, brinda la ventaja de mantener a los pacientes en su ambiente natural, permitiéndoles superar conflictos y vicisitudes cotidianas para controlar las posibles recaídas.

En primera instancia, resulta importante apoyar y alentar al paciente a superar las diferentes etapas de cambio que lo conducirán a alcanzar y mantener la abstinencia, así como lograr la adhe-

rencia al tratamiento, y promover su rehabilitación y reinserción social. Estas etapas de cambio, de acuerdo con lo propuesto por Prochaska y Di Clementi, se ubican en los siguientes momentos:

- Precontemplación y contemplación, donde predomina la ambivalencia y no existe deseo de cambio.
- Acción, el sujeto busca ayuda e inicia un tratamiento formal.
- Mantenimiento, está centrada en el control de la abstinencia y en la prevención sistemática de la recaída.

La terapia cognitivo-conductual (TCC), con enfoque a corto plazo, ayuda a los pacientes a abstenerse del consumo de cocaína y otras sustancias. Esta terapia que se basa en la teoría de aprendizaje social y los principios de imitación, acondicionamiento clásico y operante, supone que un individuo empieza a usar las sustancias porque aprende a hacerlo; estos mismos principios se emplean para ayudar al paciente a suspender el consumo. Además, permite reconocer las situaciones en las que están propensos a utilizarla, evitar dichas situaciones, y sobrellevar, de manera más efectiva, los problemas y las conductas conflictivas asociadas.

Este enfoque contiene dos componentes específicos: el análisis funcional, donde paciente y terapeuta identifican pensamientos, sentimientos y circunstancias antes y después del uso de la sustancia; y la capacitación en habilidades, que le ayuda a desprenderse de los hábitos asociados al consumo, y a aprender o reaprender habilidades y hábitos más sanos.

La TCC puede utilizarse de manera individual o grupal; incluye de 12 a 16 sesiones estructuradas, que duran alrededor de 12 semanas, e incluyen los siguientes tópicos:

- Análisis funcional del uso de cocaína.
- Capacitación individual para reconocer y sobrellevar la ansiedad, pensamientos relacionados con el uso de sustancias; resol-

ver problemas; planear contingencias; reconocer decisiones, y aprender habilidades de rechazo.

- Examen de procesos cognitivos relacionados con el uso de sustancias.
- Identificación y estudio de situaciones pasadas y futuras de alto riesgo.
- Motivación y revisión de sesiones para el desarrollo de habilidades.
- Práctica de las habilidades durante las sesiones.

El primer paso en la TCC, es ayudar al paciente a reconocer las causas por las que usa cocaína y, posteriormente, determinar cómo evitar o manejar los detonadores que conducen a su uso. Requiere analizar las circunstancias de cada episodio, las habilidades y los recursos disponibles para enfrentarlo. Puede resultar útil explorar cinco esferas generales de influencia: La social (con quién pasa su tiempo y consume las drogas, al igual que si tiene relación con individuos no consumidores), emocional (el consumo casi siempre lo anteceden ciertos estados de ánimo positivos o negativos); medio-ambiental (qué señales especificas provocan el abuso); cognitiva (el consumo con frecuencia lo anteceden pensamientos o ideas, casi siempre intensos y con un sentido de urgencia) y el físico.

En la TCC breve, sólo se enseña un número de habilidades específicas que pueden emplearse aun después de terminar el tratamiento.

Las primeras sesiones se enfocan a las habilidades para el manejo de ambivalencias y motivar la suspensión del uso de la sustancia, ayudar a sobrellevar y manejar la disponibilidad y ansiedad por las drogas. También se introducen habilidades y temas más complejos (resolución de problemas, manejo de estados emocionales o cognitivos más sutiles).

El uso del lenguaje debe ser acorde a cada paciente. Se recomienda revisar periódicamente el entendimiento de un concepto determinado; una estrategia útil es usar ejemplos proporcionados por el paciente.

El aprendizaje de nuevas habilidades requiere tiempo y repetición; a fin de utilizarlo a lo largo del tratamiento para entender cómo ha sido un factor importante en la conducta adictiva. Estas herramientas permiten revisar situaciones de riesgo que pueden ocurrir antes de la siguiente sesión; y estimular al paciente a reconocer el peligro y a cambiar los hábitos relacionados con el abuso. Se recomienda repetir los conceptos clave y las sesiones en las que éstas no se han captado claramente.

El paciente debe capacitarse en el dominio de habilidades a través de la práctica de tareas específicas; es conveniente proporcionarle una razón clara de su utilidad y obtener su compromiso para realizarlas.

Al final de cada sesión, debe planearse la tarea de la próxima semana; se pide al paciente anticipar cualquier obstáculo y buscar una estrategia de solución. En la siguiente sesión, se otorga el tiempo suficiente para dar seguimiento a la tarea convenida y se analizan las dificultades que enfrentan para su cumplimiento. Es importante reconocer y destacar cualquier aspecto que el paciente considere útil o interesante; además, reiterar la importancia de la práctica, y desarrollar un plan para que la siguiente tarea se entregue completa.

Criterios para el tratamiento hospitalario: Una proporción menor de casos requiere de un manejo hospitalario debido a la presencia de síntomas graves de abstinencia, ideas de suicidio o síntomas psicóticos.

Se recomienda el tratamiento en un ambiente residencial, en los siguientes casos:

- Consumo crónico de cocaína de base libre o por vía intravenosa.
- Dependencia simultánea de otras sustancias adictivas.
- Problemas psiquiátricos o médicos graves.
- Deterioro grave del funcionamiento psicosocial.
- Insuficiente motivación para el tratamiento ambulatorio.
- Falta de familia y/o de apoyos necesarios para reforzar y favorecer la abstinencia.
- Fracaso en el tratamiento ambulatorio.

Cabe señalar que el resultado del tratamiento está matizado por factores como la condición laboral, red de apoyo (familiar y social) y rasgos antisociales, siendo éstos, en ocasiones, de mayor peso que la motivación inicial hacia el tratamiento

Las estrategias iniciales para el manejo de estos pacientes se centran en:

- Afrontar la negación.
- Enseñar el concepto de la adicción como enfermedad.
- Alentar la identificación del paciente como una persona en recuperación.
- Promover el redescubrimiento de los afectos.
- Reconocer las relaciones ambivalentes con la cocaína.
- Ayudar al paciente a identificar los estímulos situacionales e intrapsíquicos que activan el deseo vehemente de consumo.
- Formular planes concretos, reales y factibles de apoyo.
- Sustitución de la euforia y satisfacción artificial que la cocaína proporciona por logros más realistas y sentidos.
- La reunión con otros consumidores debe reemplazarse por la búsqueda de otra identidad como persona en recuperación, que también puede compartirla con otros pacientes en recuperación.
- Es muy importante incluir en el manejo, acciones dirigidas a la prevención de recaídas con apoyo en la psicoterapia interpersonal.
- La prevención de recaídas se centra en las situaciones ambivalentes y en el esfuerzo por reducir la disponibilidad de cocaína, en minimizar las situaciones de riesgo, y desarrollar estrategias de afrontamiento. Además, reconocer los estímulos condicionados del deseo de consumo y los patrones de decisión que le han conducido al consumo actual; también, modificar el estilo de vida con alternativas conductuales, y evitar los efectos de violación de la abstinencia que llevan al adicto que recae, a reforzar su devaluación, sentimientos de culpa y desesperanza.
- Las pruebas que determinan la presencia de la sustancia en orina, saliva o sudor, se realizan para asegurar el cumplimiento de la absti-

nencia y reforzar el recuerdo constante de las consecuencias adversas de la cocaína. Se debe impedir el posible retorno del paciente a las actividades, actitudes, compañías y parafernalia relacionadas con la cocaína, como beber alcohol o consumir otras sustancias psicotrópicas, ya que al desinhibir la conducta provocan la recaída.

- La terapia interpersonal breve representa un recurso valioso, ya que se basa en la premisa de que los síndromes psiquiátricos (y el abuso de cocaína) están relacionados con alteraciones del funcionamiento interpersonal.
- Los objetivos incluyen la aceptación de interrumpir el consumo, el dominio de la impulsividad y el reconocimiento del contexto de consumo y búsqueda de cocaína. Asimismo, se presta atención a los factores afectivos y cognitivos en la recaída, y a la interacción entre el consumo de la sustancia y las relaciones con los otros.
- Los cuatro focos de la intervención son:
  - Conflictos interpersonales.
  - Cambios de papel (rol).
  - Problemas laborales.
  - Déficits interpersonales.
- La recaída no se estigmatiza si no que se usa como una información importante para que el paciente y el terapeuta esclarezcan las actitudes, circunstancias y emociones que preceden al consumo de la sustancia.

Otros trastornos inducidos por cocaína

Delírium

El delírium se caracteriza por alteraciones fluctuantes del estado de conciencia (que se manifiesta por una disminución de la capacidad de atención del entorno) y por la alteración de las funciones cognoscitivas (deterioro de la memoria, desorientación, alteraciones del lenguaje). Se desarrolla en un periodo corto y no puede explicarse por la

preexistencia o desarrollo de una demencia. Se acompaña de alteraciones perceptivas que incluiyen interpretaciones erróneas, ilusiones y alucinaciones; estas últimas determinan el estado afectivo y conductual del paciente. Es posible que se presenten alteraciones del ciclo sueño-vigilia y de la actividad psicomotriz; ansiedad, irritabilidad, euforia o apatía. Este síndrome puede ser de origen multifactorial, pero en todo caso debe haber demostración a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, para conocer que la intoxicación o abstinencia de cocaína es el origen del mismo.

Criterios para el diagnóstico

En el anexo 2 se presentan los criterios diagnósticos, según la Organización Mundial de la Salud (CIE) y la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM), ambas en sus versiones más recientes.

Tratamiento

Una vez interrumpido el consumo de la cocaína, el cuadro clínico se revierte de manera espontánea. En caso de persistir, deberá indagarse la presencia de comorbilidad asociada y definir las pautas terapéuticas idóneas.

Trastorno psicótico inducido por cocaína con ideas delirantes o alucinaciones

Se caracteriza por la presencia de ideas delirantes (idea falsa, irrebatible por argumentación lógica, mantenida firmemente a pesar de que la evidencia la contradice y de que otros miembros del grupo cultural no la comparten) o alucinaciones. Aparecen durante o en el mes subsecuente a una intoxicación o abstinencia por cocaína.

Debe considerarse que esta 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 cocaína, pueden ser que los síntomas preceden al inicio del consumo; persisten durante un periodo sustancial (alrededor de 1 mes), tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave. Estos síntomas son claramente excesivos en relación con lo que cabría esperar por el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso, además hay otros datos que sugieren la existencia de un trastorno psicótico no inducido por cocaína (una historia de episodios recidivantes no relacionados con sustancias).

Dentro de este trastorno pueden existir diferentes subtipos donde predominen las ideas delirantes o las alucinaciones, apareciendo éstos durante la intoxicación o la abstinencia.

Criterios para el diagnóstico

En el anexo 2 se presentan los criterios diagnósticos, según la Organización Mundial de Salud (CIE) y de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM), en sus versiones más recientes.

Tratamiento

El cuadro frecuentemente se revierte de forma espontánea al suspender el consumo de la cocaína y eliminar el tóxico. Si el caso lo amerita, puede recurrirse 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), bajo el esquema de dosis respuesta; se recomienda iniciar a dosis bajas.

Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína

Como se ha comentado, muchos de los efectos provocados por la cocaína son parecidos a aquéllos que se presentan en los trastornos afectivos, por lo que es importante hacer un diagnóstico apropiado de esta entidad para otorgar un tratamiento adecuado.

El estado de ánimo se encuentra notable y persistentemente alterado, debido a los efectos de la cocaína. Dependiendo de la fase en la que se encuentre (intoxicación o abstinencia), la alteración puede suponer un estado de ánimo depresivo con una evidente pérdida de interés en el placer, o un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable. El cuadro clínico de la alteración del estado de ánimo es similar al de un episodio depresivo mayor, maníaco, mixto o hipomaníaco.

Este cambio en el estado de ánimo, no se explica mejor por la presencia de un trastorno del estado de ánimo (como padecimiento comórbido), que no sea inducido por cocaína. Estos síntomas regularmente provocan malestar clínico, deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Criterios para el diagnóstico

En el anexo 2 se presentan los criterios diagnósticos, según la Organización Mundial de Salud (CIE) y de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM), en sus versiones más recientes.

Tratamiento

Descontinuado el consumo de la cocaína, suele revertirse de manera espontánea; sin embargo, en caso de considerarse clínicamente conveniente, los síntomas pueden tratarse con antidepresivos ISRS (fluoxetina 20-80 mg/día, paroxetina 20-60 mg/día, fluvoxamina 100-

300 mg/día, sertralina 50-150 mg/día, entre otros), antidepresivos tricíclicos (imipramina 100-300 mg/día, desipramina 100-300 mg/día entre otros) y/o ansiolíticos (diazepam 10-20 mg/día, alprazolam 0.5-4 mg/día, lorazepam 1-6 mg/día, entre otros).

Trastorno de ansiedad inducido por cocaína

Manifestaciones clínicas

Los síntomas de ansiedad, casi siempre presentes durante y posterior al uso de la cocaína, ya sea por los efectos de la intoxicación o de la abstinencia, se caracterizan por la presencia de ansiedad prominente, crisis de angustia, fobias y obsesiones o compulsiones.

El trastorno de ansiedad inducido por la cocaína, puede semejarse a los trastornos de angustia, ansiedad generalizada, obsesivo-compulsivo o fobia social.

Como se mencionó con los demás trastornos relacionados con el uso de la cocaína, estos síntomas provocan un malestar significativo; deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Criterios para el diagnóstico

En el anexo 2 se presentan los criterios diagnósticos, según la Organización Mundial de Salud (CIE) y de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM), en sus versiones más recientes.

Tratamiento

Posterior a la interrupción del uso de cocaína 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 de tipo de las benzodiacepinas (ej. diazepam 10-20 mg/día), y/o en su caso, el uso de antidepresivos ISRS (ej. paroxetina 20 mg/día), iniciando con dosis bajas, monitoreando los síntomas y el apego estricto a la posología indicada (sobre todo con las benzodiacepinas).

Trastorno sexual inducido por cocaína

Manifestaciones clínicas

Aunque muchos pacientes utilizan la cocaína como un "amplificador" en sus relaciones sexuales, sea suprimir las inhibiciones o incrementar la sensación de placer, estos efectos se van diluyendo paulatinamente hasta presentarse trastornos específicos en el funcionamiento sexual (disminución o ausencia del deseo o alteraciones en la excitación, disfunción eréctil).

A partir de la exploración física, la historia clínica y los hallazgos de laboratorio, existen pruebas de que estos trastornos sexuales se desarrollan por el consumo de cocaína. Los síntomas persisten por un tiempo sustancial (1 mes) después de finalizar la intoxicación, o son excesivos dado el tipo o la cantidad de cocaína usada la duración de su consumo o la existencia de un trastorno sexual independiente no inducido por cocaína (historia de episodios recurrentes no relacionados con sustancias).

Criterios para el diagnóstico

En el anexo 2 se presentan los criterios diagnósticos, según la Organización Mundial de Salud (CIE) y de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM), en sus versiones más recientes.

Tratamiento

Tras la interrupción del consumo de cocaína, el cuadro suele revertirse de corto a mediano plazo; en caso de persistir, debe indagarse alguna otra condición orgánica o psicológica que afecte su etiología y requiera atención.

Trastorno del sueño inducido por cocaína

Se caracteriza por la presencia de alteraciones del sueño lo suficientemente graves, como para ameritar una atención clínica independiente, y se considera que se deben a los efectos directos de la cocaína. Pueden presentarse disomnias (insomnio e hipersomnia son las más frecuentes) y/o parasomnias.

Criterios para el diagnóstico

En el anexo 2 se presentan los criterios diagnósticos, según la Organización Mundial de Salud (CIE) y de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM), en sus versiones más recientes.

Tratamiento

La estabilización del ciclo sueño-vigilia suele recuperarse de manera espontánea pocos días después de suspender el consumo de cocaína o superado el periodo de abstinencia. Es muy útil incorporar hábitos de higiene de sueño que contribuyan a su regularización. En los casos de insomnio persistente, sería necesario el uso de algún inductor del sueño cuidadosamente seleccionado para evitar el manejo indebido por parte del paciente, como puede ser el caso de las benzodiacepinas. Medicamentos análogos a estas sustancias

(hemitratrato de zolpidem), los antihistamínicos o el uso de ciertos tipos de antidepresivos (mirtazapina, amitriptilina, paroxetina) pueden representar una buena alternativa, para evitar el potencial adictivo de las benzodiacepinas; sin embargo, se recomienda el uso de estos medicamentos por corto tiempo. En caso de no presentarse una pronta recuperación, debe reevaluarse al paciente para encontrar la posible etiología de los síntomas persistentes.

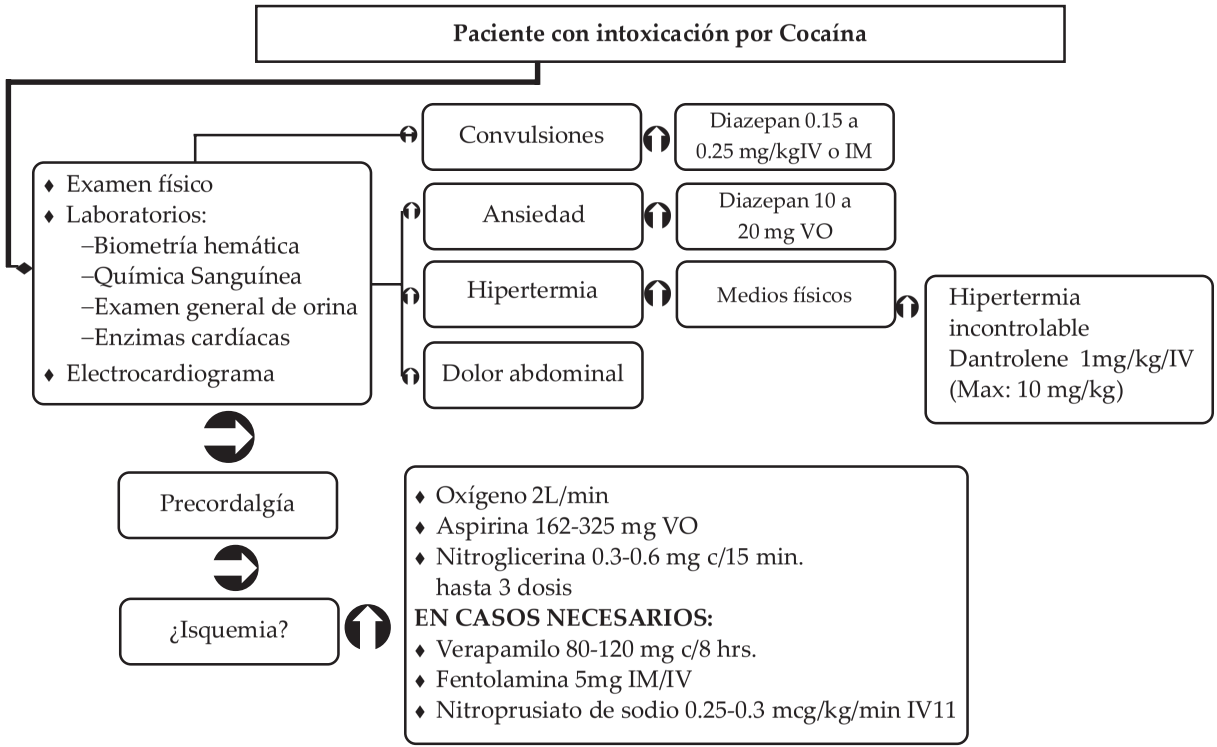
El consumo de cocaína es un problema de salud pública que requiere un manejo multidisciplinario. Es importante resaltar que el tratamiento de los trastornos por uso de cocaína no termina cuando se egresa al paciente, después de haber controlado la situación que lo trajo a consulta o a la sala de urgencias. Por el contrario, el tratamiento continúa a través de diferentes enfoques para modificar los factores que iniciaron y propician el consumo de la cocaína, en los ámbitos biológico, psicológico y social.

Para el tratamiento integral se deben incluir diferentes alternativas, como intervenciones psicoterapéuticas de corte individual, grupal y familiar; integrar 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. Finalmente, incorporar estrategias de reintegración social, rehabilitación vocacional y otros servicios de apoyo.

Anexos

Anexo-1

Fujograma para el tratamiento del paciente con intoxicación por cocaína



NOTA: Los medicamentos como el dantroleno, la fentolamina y el nitroprusato deberá ser administrado por médicos especialistas en unidades equipadas para su uso

Anexo-2
Criterios diagnósticos para los trastornos relacionados con el uso de cocaína, 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, el estado afectivo, el comportamiento u otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.

Pautas para el diagnóstico

La intoxicación aguda suele relacionarse con la dosis de la sustancia, aunque hay excepciones en individuos con cierta patología orgánica subyacente (por ejemplo, con insuficiencia renal o hepática) en quienes dosis relativamente pequeñas pueden desencadenar una intoxicación desproporcionadamente grave. También debe considerarse la desinhibición relacionada con el contexto social (por ejemplo, en fiestas o carnavales). La intoxicación aguda es un fenómeno transitorio, ya que 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 reflejan 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, dar lugar a un estado de introversión y retraimiento social. Los efectos de algunas sustancias como el cannabis y los alucinógenos resultan particularmente imprevisibles. Por otra parte, muchas sustancias psicotropas pueden producir diferentes efectos en función de

la dosis. Por ejemplo, el alcohol que a dosis bajas estimula el comportamiento, al aumentar la cantidad produce agitación y agresividad; más aún, a niveles muy elevados, origina 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 presenta alguna complicación:

F1x.00 No complicada

(Los síntomas varían de intensidad, pero suelen relacionarse con la dosis, en especial en niveles más altos).

F1x.01 Con traumatismo o lesión corporal

F1x.02 Con otra complicación médica

(Por ejemplo, hematemesis, aspiración de vómitos, etc.)

F1x.03 Con delírium

F1x.04 Con distorsiones de la percepción

F1x.05 Con coma

F1x.06 Con convulsiones

F1x.07 Intoxicación patológica

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

F1x.1 Consumo perjudicial

Forma de consumo que afecta 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 de quien consume la sustancia.

Las formas perjudiciales de consumo suelen propiciar varios tipos de consecuencias sociales adversas. 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 indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es el hecho de que derive en alguna consecuencia social negativa, tal como ruptura matrimonial.

F1x.2 Síndrome de dependencia

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, de comportamiento y cognoscitivas, donde el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, incluso mayor a cualquier otro comportamiento 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 es viable sólo si en algún momento, en los doce meses previos o de un modo continuo, han estado presentes tres o más de los siguientes rasgos:

a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo, otras para terminarlo o controlar la cantidad consumida.
c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1x.3, F1x.4) cuando se reduzca o cese el consumo de la sustancia; cuando se confirme por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima), con la intención de aliviar o evitar 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 cantidades más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte en personas en las que no exista una tolerancia).
e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, por consumo de la sustancia; aumento del tiempo para obtener o ingerir la sustancia o recuperarse de sus efectos.
f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes perjuicios, como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia, o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

Una característica esencial del síndrome de dependencia es la presencia del consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo se presenta 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 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 un espectro más amplio de sustancias diferentes (como aquellos individuos que sienten la compulsión a consumir por lo general cualquier tipo de sustancias disponibles y en los que se presentan inquietud, agitación o síntomas somáticos de un estado de abstinencia, al verse privados de 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, 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 de acuerdo con los 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 se limitan en el tiempo y se relacionan 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 también debe considerarse este diagnóstico.

Los síntomas somáticos varían según la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos (por ejemplo ansiedad, depresión o del sueño) son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos señalen que los síntomas de la 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 este síndrome sólo se hará cuando lo requiera 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 psicotropas (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 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 de él (por lo general dentro de las primeras 48 horas), siempre y cuando no sean una manifestación de un síndrome de abstinencia con delírium (ver F1x.4) o de comienzo tardío. Los trastornos psicóticos de comienzo tardío (comienzo 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 a dosis altas de la sustancia.

Incluye:

Alucinosis alcohólica.
Celotipia alcohólica.
Paranoia alcohólica.
Psicosis alcohólica sin especificación.

El diagnóstico de trastorno psicótico se concreta 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 donde la memoria remota se afecta en algunas ocasiones, mientras que conserva 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 se presentan. El resto de las funciones cognoscitivas suele conservarse relativamente bien.

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 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 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 que ciertos trastornos cognoscitivos, afectivos, de la personalidad o del comportamiento, debidos al consumo 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 se relaciona directamente con el consumo de alcohol u otra sustancia psicotropa. Los casos cuyo comienzo son posteriores a un episodio de consumo de sustancias, sólo deben diagnosticarse de trastorno psicótico residual inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas, si hay una evidencia clara y sólida para atribuir al trastorno psicótico residual 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 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 psicotropas no es siempre irreversible, y así las funciones intelectuales y amnésicas pueden mejorar tras un período de abstinencia total.

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

F1x.70 Con reviviscencias (flashbacks)

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 que no se encuentran pautas suficientes para incluirlo en alguno de los trastornos precedentes.

F1x.9 Trastorno mental o del comportamiento sin especificación

F14.0 Intoxicación aguda por cocaína

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

F14.3 Estado de abstinencia por cocaína

Criterios diagnósticos de investigación
A. Se deben satisfacer los criterios generales para estado de abstinencia (F1x.3)
B. Hay humor disfórico (por ejemplo tristeza o anhedonia)
C. Dos de los siguientes signos deben estar presentes: 1. Letargo y fatiga. 2. Enlentecimiento o agitación psicomotriz. 3. Deseo imperioso de cocaína. 4. Aumento de apetito. 5. Insomnio o hipersomnia. 6. Sueños extraños o desagradables.

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 pretendia.
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 (p. ej. Visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debidas al consumo de la sustancia.

(Continúa)

(Continuación)

Criterios para el diagnóstico de dependencia de sustancias según el DSM-IV TR
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 (p. ej., 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 (p. ej., se cumple cualquiera de los puntos 1 o 2). **Sin dependencia fisiológica**: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p. ej., 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 (292.89)

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 (p. ej., 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 8 (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).
3) Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., 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 (p. ej., 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 cocaína, según el DSM-IV TR

A. Consumo reciente de cocaína.

Cambios psicológicos o de comportamiento desadaptativos clínicamente significativos (euforia o afectividad embotada; aumento de la sociabilidad; hipervigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad; tensión o cólera; comportamientos estereotipados; deterioro de la capacidad de juicio, o deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante, o poco tiempo después, del consumo de cocaína.

B. Dos o más de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cocaína:
   1. Taquicardia o bradicardia.
   2. Midriasis.
   3. Hipertensión o hipotensión.
   4. Diaforesis o escalofríos.
   5. Náusea o vómito.
   6. Pérdida de peso.
   7. Agitación o retraso psicomotores.
   8. Debilidad muscular, depresión respiratoria, precordalgia o arritmias cardíacas.
   9. Confusión, crisis convulsivas, discinesias, distonías o coma.

D. Los síntomas no se deben a enfermedad médica si se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental. Los efectos estimulantes observados más a menudo son euforia, aumento del pulso y la tensión arterial, y actividad psicomotora. Los efectos depresores como tristeza, bradicardia, descenso de la tensión arterial y disminución de la actividad psicomotora, son menos frecuentes y sólo aparecen con el consumo crónico de dosis altas.

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 cocaína, según el DSM-IV TR

A. Interrupción (o disminución) del consumo de cocaína después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

B. Estado de ánimo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos que aparecen pocas horas o días después del criterio anterior:
   1. Fatiga.
   2. Sueños vívidos y desagradables.
   3. Insomnio o hipersomnia.
   4. Aumento del apetito.
   5. Retraso o agitación psicomotores.

C. Los síntomas del segundo criterio causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

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 delirium inducido por sustancias según el DSM-IV TR

A. Alteración de la conciencia (p. ej., 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 psicótico inducido por sustancias, 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 período sustancial (p. ej., alrededor de 1 mes) tras la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos en relación con lo que cabría esperar por el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso, o hay otros datos que sugieren la existencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias (p. ej., 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 sustancias 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 una 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 trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína según el DSM-IV TR

A. 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.

B. 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.

C. 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 período sustancial (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final de la abstinencia aguda o la intoxicación grave, o son claramente excesivos respecto a lo que sería esperable dado el tipo o la cantidad de la sustancia utilizada o la duración de su uso; o hay otros datos que sugieren la existencia independiente de un trastorno del estado de ánimo no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios depresivos mayores recidivantes).

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

E. 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 de sustancias 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 cocaína, 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 de la sustancia; 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 delírium.

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 cabria 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 cocaína, 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 la dependencia de la sustancia (o consumo de fármacos); los síntomas persisten durante un tiempo sustancial (p. ej., 1 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 (p. ej., 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 una atención clínica independiente.

Especificar si:

Con alteración del deseo, con alteración de la excitación, con alteración del orgasmo, 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 cocaína, 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 período considerable (p. ej., alrededor de 1 mes) tras el período 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 (p. ej., una historia de episodios de carácter recurrente no relacionados con sustancias).

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

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 la 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

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Diagnostic and statistical manual of mental disorders text revision.4th edition (DSM-IV TR), American Psychiatric Association, 2000.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS] 1992, Capítulo de trastornos mentales de la CIE-10, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL, CIJ. Informe Consumo de Drogas en pacientes que ingresaron a tratamiento en 2003, Centros de Integración Juvenil, 2004.
- HALES RE; YUDOFSKY 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.
- SOUZA Y MM. Adicciones, psicopatología y psicoterapia, Rev Mex Neuroci, 2004 enero-febrero, 5(1):57-69.
- Secretaría de Salud (SSA), Encuesta Nacional de Adicciones, ENA, 2002, Consejo Nacional 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.
- WASHTON AM, Structured outpatient treatment of alcohol vs. Drug dependencies, Recent Dev Alcohol 1990, 8: 285-304
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), World Drug Report. 2004, Organización de las Naciones Unidas, 2004.
- LANGE RA, HILLIS LD, Cardiovascular complications of cocaine use, N Engl J Med, 2001;345:351–358.
- KLONER RA, REZKALLA SH, Cocaine and the heart, N Engl J Med, 2003, 348 (6): 487–488.

- ERWIN MB, DELIARGYRIS EN, Cocaine-associated chest pain, Am J Med Sci, 2002, 324: 37–44.
- HOLLANDER J, The management of cocaine-associated myocardial ischemia, N Eng J Med, 1995, 333:1267-1272.
- MINOR RL, BROOK DS, BROWN DD, ET AL., Cocaine-induced myocardial infarction in patients with normal coronary arteries, Ann Intern Med, 1991, 115:797–806.
- Drugs Used for the treatment of miocardial ischemia, in Goodman & Gillman's Pharmacology, 10th Edition.
- ANDREW P. SELWYN & EUGENE BRAUNWALD, Ischemic Heart Disease in Harrison's Principles of Internal Medicine, 16th edition,2004.
- BRUCE F WALLER, Non atherioesclerotic Heart Disease in Hurst's The Heart, 11th edition, 2004.
- ALLAN S. JAFFE, MD & WAYNE L. MILLER, MD, Acute Miocardial Infarction, In Current Diagnosis & Treatment in Cardiology, 2nd Edition, 2005.