

CONDUCTAS ADICTIVAS Y ADICCIONES A DROGAS



Los cuadros dependenciales en el contexto socio jurídico

- ▶ Resulta evidente que las adicciones son un trastorno grave y creciente que afecta numerosos aspectos relativos tanto a la salud individual de los sujetos afectados como a la salud pública de una sociedad. A diferencia de cualquier otros cuadros médicos también se constata una íntima vinculación con aspectos policiales y judiciales. Tal confluencia ubica a la adicción, al tráfico de sustancias que la solventa y a sus consecuencias, veraces o presuntamente delictivas, en un primer lugar de la agenda política, judicial y periodística. Justamente la heterogeneidad de los actores suele opacar el abordaje médico específico, singular y objetivo reemplazándolo por un discurso moralizante de escaso rigor científico.

- ▶ Consideramos que los síndromes adictivos responden a causales psicógenos tanto como socio-económicos, el diagnóstico de dependencia severa en su mayor parte es satélite del trastorno disocial el cual a su vez responde a un **origen multifactorial**.

Concepto

- El trastorno por abuso de sustancias psicotrópicas es, entonces, una problemática compleja vinculada a indicadores médicos, sociales y jurídicos:
- Desde el punto de vista **médico psiquiátrico** el *acto adictivo* se emparenta con una descarga de la pulsión psíquica que no es ajena a las características de personalidad del sujeto; deben existir determinados predisponentes para que se conforme un cuadro de dependencia como tal y el síntoma adictivo debe considerarse dentro de otros síntomas psíquicos e inserto en un diagnóstico clínico estructural de base para que el tratamiento sea eficiente.

- ▶ **Socialmente** los indicadores subjetivos de adicción señalan la presencia de vínculos familiares y comunitarios signados por la violencia a la vez que la confluencia de estímulos mediáticos aportados por la tecnología e inmediatos ofrecidos por la constante incitación a la satisfacción en el aquí y el ahora, conducen a la construcción del *craving* , anhelo, ansia o compulsión de búsqueda de aquel “mata penas”, eventualmente tóxico aunque también ludopático, sexopático, etc., que genere placer o calme el displacer.

DEFINICION

- ▶ La Organización Mundial de la Salud (OMS) define *dependencia* como un “estado psíquico y a veces físico resultante de la interacción entre una persona y una droga, caracterizado por conductas que siempre incluyen una compulsión a tomar de esa droga, en forma continua o periódica, con el objeto de experimentar cambios psíquicos generalmente placenteros, y en algunos casos, de evitar el displacer de su ausencia”. Completa la OMS esta definición indicando que la dependencia tiene un conjunto de fenómenos cognitivos, conductuales y fisiológicos que exigen una serie de criterios de referencia para delimitarlo.

- ▶ Define al *abuso* de drogas como el uso excesivo persistente o esporádico de las mismas no relacionado con una práctica médica aceptable, considerando *droga* a “toda sustancia capaz de modificar una o mas funciones psíquicas o somáticas”.

DEFINICION

- ▶ La **adicción** es el consumo continuo de drogas o fármacos cuya dosis debe ser aumentada progresivamente para lograr el mismo efecto (*tolerancia*) y cuya deprivación generará malestar, aún con riesgo de vida (*abstinencia* debido a dependencia física) acompañándose de un irresistible impulso por volver a consumirlas (dependencia física). En algunos casos la dependencia física es mínima y el consumo se sostiene por la dependencia psíquica, lo que se denomina *habituación*. La *dependencia psíquica* es la necesidad incoercible de buscar, obtener y reiniciar el consumo de drogas. La *dependencia física* implica cambios fisiológicos o bioquímicos por los cuales el organismo necesita la presencia permanente de la droga o fármaco.

DEFINICION

- La **abstinencia** es un cambio de comportamiento desadaptativo con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o en los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de la misma. La explican la desprotección repentina de neuroreceptores habituados a estar acoplados con dopamina, serotonina, noradrenalina así como la sensación de incompletud, abandono e insatisfacción que se retroalimentan mutuamente, entre lo neurofisiológico y lo emocional.

- Desde el punto de **vista psiquiátrico forense** el dato principal a recabar es principalmente el de la dependencia y su correlato clínico (labilidad afectiva, impulsividad, explosividad, deterioro cognitivo o sexual, cambio de frecuencia de la sustancia, asociación con otras moléculas psicoactivas, entre otros factores).

Parámetros Clínicos

- El consumo crónico de estupefacientes opera sobre el espacio sináptico, específicamente sus receptores y vesículas de almacenamiento de neurotransmisores. La exposición prolongada a sustancias psicoactivas modifica el ambiente sináptico por mecanismos de feed back que determinan cambios significativos y prolongados en el tiempo caracterizados por fenómenos de up-down regulation de los receptores de membrana que tendrán su correlato clínico en el paciente cuando evidencia **tolerancia** (la necesidad de incrementar la dosis es producto de un menoscabo en la cantidad y calidad de receptores).

- El profesional debe estar atento a :
 - - cantidad de la sustancia consumida,
 - -. frecuencia del consumo,
 - -.vía de administración,
 - -.asociación con psicodélicos (alcohol, benzodiazepinas) a los fines de modular o controlar los efectos de la sustancia principal.
- También son criterios inespecíficos los cambios de humor (labilidad afectiva incrementada), la impulsividad, la compulsividad general, los desordenes laborales, alimentarios, educativos y en los vínculos familiares. El eje de la anamnesis debiera transcurrir en torno a detectar la semiología propia de la disminución en la calidad y cantidad de receptores sinápticos compatible con el uso crónico dependencial. Tal deterioro del espacio sináptico se comporta como una cicatriz neuroquímica con sostenidos efectos clínicos constituyendo datos semiológicos específicos que orientan al correcto diagnóstico sobre la gradación de la dependencia.

Aspectos farmacológicos de las sustancias de Abuso

- ▶ Dentro del grupo de sustancias psicoactivas podemos distinguir aquellas de **perfil sedativo o psicolépticas** entre las cuales encontramos a las benzodiazepinas, los barbitúricos y el alcohol. **Las sustancias euforizantes o psicoanalépticas** incluyen a la cocaína, pasta base y las anfetaminas. Finalmente **los estupefacientes que producen efectos perturbadores de la conciencia o psicodislépticos** incluirán a los opiáceos, el LSD, la mezcalina, marihuana, psilocibina y demás moléculas vegetales –alcaloides-. Esta clasificación no es generalizable en forma exacta en cuanto el efecto que el estupefaciente produce es idiosincrásico y singular para cada persona, puesto que intervienen el modo de metabolizar la sustancia, las particularidades neuroquímicas, y los rasgos de personalidad

- ▶ El **aspecto diagnóstico fundamental** en los trastornos por abuso de sustancia es el de objetivar la existencia de dependencia en base a los síntomas que el paciente expresa en base a la tolerancia por cuanto es el mejor indicador de las modificaciones neuroquímicas que el consumo ha producido y a partir del cual podremos establecer una estrategia terapéutica con posibilidades ciertas de recuperación.
- 

- ▶ La repetición del consumo de una sustancia capaz de producir adicción está determinada por la memoria biológica del placer que ésta produce, la memoria del placer conocida como circuito cerebral de la recompensa (BRR, Brain Reward Region). A partir de una primera experiencia placentera el sistema nervioso intentará repetir la misma conformando el eje del circuito consumo-efecto placentero-deprivación-consumo. En determinadas personas este circuito se transformará en ineludible y toda su existencia se organizará en torno a él.

Regiones neuroanatómicas involucradas

- Una región global: integrada por la sustancia nigra, el hipotálamo, el septum, la amígdala, el área ventral del núcleo olfatorio, una porción del área cingulada y el neocortex.
- Una región específica: integrada por el área tegmental ventral y el núcleo accumbens.

Si bien la BRR es rica en neuronas dopaminérgicas (DA) solo un grupo de ellas, altamente especializado, es el encargado de llevar y transmitir la información y el almacenamiento de la recompensa, y de esta forma comprometer al área rostro-caudal y mesolímbica.

Marihuana

- La marihuana se obtiene de la planta del Cannabis Sativa, siendo una de las sustancias ilegales más utilizadas en todo el mundo.
- Los alcaloides activos de la marihuana son el delta-9 - tetrahidro cannabinoil (delta-9-THC) y el delta - 8 - THC, oscilando las concentraciones según el lugar en donde se cultive la planta. El consumo de la marihuana se realiza de dos formas: fumando la picadura en cigarrillos -que en promedio contienen 500 mg de la droga con un 1% de 9-THC- o también en la forma de resina del cannabis o hachís, que contiene aproximadamente entre el 5 y 15% del alcaloide y el aceite entre el 11 y 28%. Tanto la resina del cannabis, preparado en forma de cubos verdes a pardos, como el aceite líquido, pueden ser fumados mezclados con tabaco o colocados dentro de pipas especiales.

- Los efectos sobre el SNC de bajas dosis de THC producen: **euforia, sensación de relajación e incremento de las sensopercepciones auditivas, visuales y gustativas.** A dosis moderadas se intensifican estos efectos y pueden producirse **alteraciones en la memoria reciente, trastornos en el curso del pensamiento, fallas en la atención, ataxia y disminución de la fuerza muscular.** Por último, a grandes dosis, se pueden sufrir **cambios en la imagen corporal, desorientación, despersonalización delirio y alucinaciones.** Existe un efecto secundario alarmante, que es la aparición aguda de **pánico**, que puede ocurrir en adictos novatos o en sujetos experimentados cuando es consumida en altas dosis o cuando existe un predisponente fobígeno.
- El único signo físico objetivo de la intoxicación por marihuana es la **inyección conjuntival bilateral y la somnolencia**, parecida a la ebriedad alcohólica.

- A nivel cardiovascular, los efectos secundarios son: **taquicardia sinusal y raramente hipertensión arterial**. Los efectos a largo plazo o crónicos de esta adicción, sobre la función pulmonar, no son distintos de los que produce el hábito de fumar nicotina, pudiendo provocar, al igual que ésta, **cáncer de pulmón**. Sobre el SNC, estos efectos son todavía discutidos, y dependen, fundamentalmente, de la personalidad del sujeto, teniendo presente que los adictos con trastornos psicóticos, pueden experimentar recaídas con el uso de marihuana. También se describe, un síndrome denominado **a-motivacional**, caracterizado por: astenia, disminución de la atención, trastornos de la conducta y en las relaciones con los padres, observados en los adolescentes. No se ha podido demostrar en los adictos crónicos si este síndrome es debido al efecto de la droga o a las diferentes desadaptaciones socioculturales que se producen.

- ▶ No se ha comprobado el controvertido concepto de dependencia física con la marihuana, produciéndose un síndrome de abstinencia físico con síntomas leves tales **como irritabilidad, debilidad e insomnio**. No se ha demostrado en el hombre efecto teratogénico, sin embargo, no debe olvidarse que en la mujer embarazada que fuma marihuana, se observa una mayor incidencia de abortos espontáneos y de recién nacidos de bajo peso para la edad gestacional, con una importante mortalidad perinatal.
- ▶ La intoxicación con marihuana puede derivar en deterioro de la memoria inmediata, dificultades para llevar a cabo procesos mentales complejos, deterioro de la capacidad de juicio y percepciones sensoriales distorsionadas.

Cocaína

- ▶ Es un alcaloide extraído de las hojas de coca, de semivida breve
- ▶ Aspirar cocaína induce una absorción escasa en tanto se trata de una sustancia que penetra las membranas en forma ineficiente. Si su administración es oral el primer paso hepático metaboliza el 80%, por su parte el uso intranasal tiene un onset rápido de corta duración. El uso E.V. es muy adictivo pues se obtienen rápidamente concentraciones elevadas en sangre, de este modo, empieza a los 30 s. y dura hasta 20 min., el 100% de la droga pasa al sistema circulatorio y la dosis deberá ser progresivamente aumentada en los usos posteriores. En la absorción intranasal solo el 30% pasa al sistema circulatorio.

- ▶ Fumar la cocaína produce una muy eficiente absorción, ya sea como pasta de coca o como crack. Después del rush el usuario se siente **ansioso, deprimido y paranoico**, el withdrawall (abstinencia) provoca **anhedonia**. Durante tal fase es esperable que se sucedan episodios de avidez de consumo (craving), así como en cada circunstancia en que el sujeto atraviese momentos de stress. Eventualmente el control de sus actos volitivos puede estar disminuída en función de la necesidad que experimenta por reintegrarse al dispositivo de gratificación.
- ▶ Los efectos de la cocaína dependen de la vía de administración, de la pureza de la misma, de la tolerancia en el uso, de la personalidad del consumidor, del ambiente en el cual la sustancia se administra y de la asociación con otras moléculas.

- **Efectos neurofisiológicos**
- La cocaína bloquea la recaptación de neurotransmisores incluyendo la dopamina y la noradrenalina, por lo cual hay un exceso de los mismos en el espacio sináptico. Esta sobrecarga hiperactiva el sistema simpático con efectos tales como **la vasoconstricción, el aumento del trabajo cardiaco y la T.A.** Últimamente ha sido identificado un receptor de cocaína que parece ser el transportador de dopamina en las terminales nerviosas dopaminérgicas. La cocaína actúa como un neurotransmisor artificial.
- Se piensa que muchas de las propiedades reforzantes de estas sustancias a través del placer están mediadas por los receptores dopaminérgicos D2 del sistema dopaminérgico mesolímbico. Que una persona guste o no de la cocaína depende del nivel basal de excitación de esa persona lo cual está controlado por el sistema adrenérgico, la tirosina disponible y otros reguladores. Hay sujetos más hipoestimulados que buscan una compensación con excitantes, en tal sentido el encaje del efecto de la sustancia con ciertas características de la personalidad suele vincular a la modalidad dependiente de la personalidad con una sustancia determinada. Personas más asténicas tienden a preferir a la cocaína que otras más ansiosas que pueden optar por sedantes (opiáceos, marihuana, psicotrópicos).

▶ Paco o Pasta base de cocaína

- ▶ Es una droga de bajo costo elaborada a partir de los residuos relacionados con la extracción de cocaína de la hoja de coca (*pasta base*), procesada con kerosene y ácido sulfúrico (ocasionalmente se utiliza cloroformo, éter o carbonato de potasio). Se suele consumir por vía respiratoria en forma de cigarrillo y, debido a su composición química, es altamente toxica y adictiva
- ▶ Considerado formalmente como desecho químico, la sustancia se ha vuelto popular desde las zonas marginales a zonas de algún poder adquisitivo a partir del año 2001.

- Las etapas por las que transita un usuario al momento de consumir *paco* son cuatro.
- **Euforia**: disminución de las inhibiciones y sensación de placer.
- **Disforia**: el consumidor comienza a sentirse angustiado, deprimido e inseguro.
- **Adicción**: consumo sin interrupciones, buscando mitigar la sensación de disforia.
- **Etapas de psicosis y alucinaciones**: surge la pérdida de contacto con la realidad, agitación, paranoias, agresividad y alucinaciones que pueden durar semanas.
- Los consumidores frecuentes de *paco*, especialmente aquellos con escasos recursos económicos, son proclives a la comisión de delitos y se prostituyen o venden sus pertenencias -hasta las más básicas- para obtener más de esta droga.
- El consumo de *paco* se realiza a través de pipas caseras (latas agujereadas, antenas de televisión, etc.), donde se mezcla el producto con viruta de metal y ceniza de cigarrillo de tabaco a modo de *filtro*.

- **Sus efectos secundarios son:**
- El ácido sulfúrico en el compuesto produce enfisema y cáncer pulmonar a mediano plazo.
- El kerosén disuelve el recubrimiento mielínico de los axones impidiendo la transmisión de los impulsos eléctricos en las neuronas. A su vez, la combustión del kerosén genera monóxido de carbono, el cual substituye el oxígeno en los eritrocitos de la sangre.
- En el tracto respiratorio produce la expectoración de sangre o mucosa sanguinolenta .
- Su consumo durante el embarazo produce mutaciones severas en el feto.
- En la piel se observan fenómenos degenerativos.
- Se constata debilitamiento muscular.
- Además una reducción acelerada del peso corporal (en algunos casos anorexia).
- Induce desgano e insomnio.
- Midriasis.
- Náuseas y vómitos.
- Hipertensión arterial.
- Migraña severa.
- Taquicardia.
- Frecuentemente produce ulceraciones en los labios y en la cavidad bucal
- Comportamiento errático.