

1. Conceptos básicos en drogodependencia

1. Concepto de Droga

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), droga es toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía de administración (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona, y que posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores.

De un modo amplio, podemos decir que DROGA es toda sustancia psicoactiva, institucionalizada o no, mineral, vegetal o química que modifica o pueda modificar el estado de ánimo, las percepciones, el pensamiento, el juicio y el comportamiento.

En 1.981 la OMS diferencia entre fármaco que define como toda sustancia química o mezcla de ellas empleada para tratamiento o alivio de la enfermedad y droga que es utilizada sin fines terapéuticos

Para que una droga sea considerada como tal ha de cumplir las siguientes condiciones:

- Ser una sustancia que introducida en un organismo vivo es capaz de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste (carácter psicótropo o psicoactivo)
- Induce a la persona que la toma a repetir su autoadministración por el placer que genera
- El cese en su consumo puede dar lugar a un gran malestar somático o psíquico (dependencia física o psicológica)
- No tiene ninguna aplicación médica y si la tiene, puede utilizarse con fin no terapéutico.

2. Droga Psicoactiva

Aquella que genera alteraciones del estado de ánimo, cognitivas o conductuales. Y que se caracteriza por:

- Aumentar la posibilidad de ser autoadministradas
- Capacidad para actuar como reforzadora

- No toda droga tiene capacidad terapéutica
- La mayoría dan lugar a tolerancia, comportamientos de búsqueda de la sustancia bajo determinadas condiciones, neuroadaptación y generalización de las respuestas.

La Psicoactividad es la capacidad de una sustancia para llegar al cerebro y modificar su funcionamiento habitual.

3. Abuso

La OMS lo define como uso excesivo de una droga persistente o esporádico, no relacionado con una práctica médica aceptable. Esta definición es insatisfactoria, ya que implica juicios de valor, por tanto la OMS propone sustituir abuso, por mal uso o por uso peligroso, uso nocivo, o uso disfuncional:

- Uso desaprobado: uso de una droga que no es aprobado por la sociedad, o un grupo dentro de una sociedad. Cuando el término es utilizado debería hacerse evidente quién es el responsable de la desaprobación.
- Uso peligroso: uso de una droga que probablemente producirá consecuencias nocivas para el usuario ya sea de disfunción o daño. Este concepto es similar a la idea de conducta de riesgo.
- Uso desadaptativo: uso de una droga que implica daño en el funcionamiento social o psicológico (pérdida de trabajo, problemas con la pareja o familia...)
- Uso nocivo: uso de una droga que se toma sabiendo que puede causar enfermedad mental o daño físico en el individuo.

En 1987 el Real colegio de Psiquiatras Británico establece que se entiende por abuso “cualquier consumo de una droga que dañe o amenace con dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de otros individuos, o de la sociedad en general, o que es ilegal”.

4. Hábito (un peldaño por debajo de la adicción)

Situación originada por la administración de una droga, que se caracteriza por:

- Deseo de seguir consumiendo por la sensación de bienestar que produce.
- Tendencia escasa o nula a aumentar la dosis.

- Cierta grado de dependencia psicológica respecto a los efectos de la droga, nunca dependencia física con su consiguiente síndrome de abstinencia.
- Los efectos nocivos, si los hay, recaen sobre todo en el propio individuo.

5. Consumidores de drogas

Existen cuatro grandes grupos

- Consumidores experimentales o causales: sujetos que una vez consumieron y no han vuelto a probarla.
- Consumidores ocasionales: Sujetos que consumen de vez en cuando sin que aparezca ningún síntoma de tolerancia a la sustancia.
- Consumidores habituales: Sujetos que usan la droga con relativa frecuencia, apareciendo síntomas de tolerancia, generando conductas tendentes a la continuidad del uso, si bien no se observa un síndrome de abstinencia en su totalidad, se puede observar un detrimento de su funcionamiento personal.
- Drogodependientes: Sujetos que hacen un uso muy frecuente de la droga. Este uso prolongado y frecuente conduce al síndrome de dependencia manifestándose claramente la tolerancia y el síndrome de abstinencia.

6. Politoxicómano/a

Persona que consume varias sustancias simultáneamente o en distintos momentos.

7. Drogodependencia

La OMS en 1981, la define como síndrome* bio-psico-social que se manifiesta a través de un patrón conductual en el que se da una clara prioridad al uso de una droga psicoactiva.

Algunas dimensiones que en conjunto, identificarían el síndrome de dependencia o drogodependencia serían:

- Durante los intentos de abandonar el consumo, aparece una conciencia subjetiva de compulsión al uso de la misma.

- Existe un deseo de dejar la droga, contrapuesto a otro de seguir tomándola.
- Existe un ámbito relativamente estereotipado del uso de la droga.
- Existe evidencia de neuroadaptación (tolerancia y síndrome de abstinencia).
- Uso de la sustancia para aliviar o evitar el síndrome de abstinencia.
- La búsqueda de la droga pasa a ser una conducta descabale en comparación con otras prioridades.

El termino **Síndrome**: significa que se trata de un fenómeno en el que contribuyen diferentes componentes, sin que sea necesario que todos ellos estén siempre presentes, ni con la misma intensidad. Es decir, dos sujetos pueden tener distintos síntomas, y tener una dependencia, o tener los mismos síntomas pero con distintas intensidades y tener igualmente una dependencia

8. Toxicidad

Capacidad que presentan los fármacos para causar lesión reversible o irreversible. Depende de:

- La capacidad para desarrollar tolerancia (a mayores dosis, mayores lesiones tóxicas o efectos tóxicos).
- La capacidad tóxica intrínseca de la sustancia.

9. Tolerancia

Estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efectos farmacodinámicos. Es la responsable de la adicción, efectos tóxicos y, a veces, sobredosis.

10. Tolerancia cruzada

Fenómeno por el que la droga origina la aparición de tolerancia, no solo a esa droga, sino también a otra del mismo o a veces de otro grupo farmacológico, por ejemplo la heroína produce tolerancia cruzada a la morfina y viceversa, y en menor grado, el consumo de alcohol, produce tolerancia cruzada a barbitúricos.

11. Habitación

Este término implica:

- Dependencia psicológica
- Poca o ninguna tolerancia
- Efectos nocivos que solo afectan al individuo

12. Deshabitación

Supresión de una sustancia hasta conseguir la desaparición de las manifestaciones orgánicas de rebote que se producen cuando está en privación ese organismo. Su duración varía en función de la sustancia, la vía de administración, y el tiempo de consumo. Y las distintas formas de deshabitación son:

- Reducción progresiva hasta la supresión total.
- Sustitución por otra de similares y características sin los efectos adversos (metadona)
- Paliativo o sintomático.

13. Dependencia física o psicológica

En 1965, la OMS las definió, como estado adaptativo caracterizado por la aparición de trastornos físicos intensos cuando se suspende la administración de una droga, o cuando se reduce su dosis, estos síntomas forman el síndrome de abstinencia orgánico, que es diferente para cada tipo de droga.

DEPENDENCIA PSICOLÓGICA, es definida como la condición por la que una droga produce sensación de satisfacción o pulsión psíquica que motiva al sujeto a repetir su consumo para inducir el placer o evitar el malestar. El vínculo depende de la capacidad reforzadora de la sustancia, de la integración de ésta en la vida personal y social, los efectos inmediatos de la sustancia, la estructura social en que se encuentre, y las relaciones grupales

En 1981, la OMS determina que el término DEPENDENCIA FÍSICA es confuso ya que la aparición del síndrome de abstinencia puede no ir acompañado de consumo, ni del deseo de consumir, por tanto debe usarse NEUROADAPTACIÓN, entendiendo por tal los cambios neuronales adaptativos por el consumo repetido de una sustancia que subyacen tanto a la tolerancia como a las

características de la abstinencia en los casos de dependencia física.

Se produce tal neuroadaptación, que si deja de consumir una sustancia se genera un síndrome de abstinencia específico de cada sustancia, y un grado de tolerancia a algunos efectos de la droga.

Además, plantearon sustituir dependencia psicológica con el de conducta aprendida de búsqueda de droga.

14. Síndrome de abstinencia

Síndrome específico para cada sustancia tóxica que aparece cuando se suspende o disminuye la ingesta tras un consumo previo regular o se influye en la acción de la droga por la administración de un antagonista específico (síndrome de abstinencia precipitado) y que provoca aparición de trastornos físicos y psicológicos de intensidad diversa. Su intensidad depende de:

- La sustancia o droga que lo produce
- Dosis de consumo
- Tiempo de interrupción
- Significado psicológico de la sustancia para el drogodependiente
- Características psicopatológicas
- Tolerancia al estrés
- Estado físico

Síndrome de abstinencia agudo: cuando el comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y relacionados con el tipo de sustancia y la dosis consumida. Cada grupo de sustancias psicoactivas produce un síndrome de abstinencia agudo característico por ejemplo en el caso de alcohol y barbitúricos es muy peligroso debido a las desregulaciones orgánicas que produce pudiendo provocar incluso la muerte; sin embargo el producido por los opiáceos que es muy espectacular es mucho menos peligroso en general.

Síndrome de abstinencia tardío: un conjunto de desregulaciones del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas, que persisten durante un largo periodo de tiempo, meses o años después de conseguir la abstinencia.

Síndrome de abstinencia condicionado: consiste en la aparición de la sintomatología de un síndrome de abstinencia agudo en un individuo que ya no consume, al ser expuesto nuevamente a los estímulos ambientales que fueron condicionados al consumo de la sustancia de la que era dependiente. Este conjunto de síntomas provoca miedo y ansiedad y puede propiciar una recaída para evitar la situación displacentera en que se encuentra

15. Vida media

Cada sustancia tiene una vida media en el organismo humano que la caracteriza, y que no dependen de la cantidad de sustancia tomada, ni del tipo de persona que la tome, y que va a determinar el tiempo que tardará en parecer el síndrome de abstinencia desde que cesa el consumo.

[[[Elemento Multimedia]]]

campusvirtual.esnecaformacion.com

2. Clasificación de las drogas

Existen múltiples clasificaciones que varían según la ideología o punto de vista del que las hace, según el avance de las investigaciones, de la historia y del momento sociocultural.

- Según su origen
 - Naturales: opio (sustancia que se encuentra en la naturaleza, y no necesita de transformaciones químicas para su consumo).
 - Sintéticas: LSD (ya que se ha precisado de una elaboración técnica para su obtención).
 - Semisintéticas: Heroína (son derivados obtenidos mediante una elaboración química de sustancias que ya existen en la naturaleza).
- Según sus efectos sobre la conducta
 - Las drogas pueden producir diferentes efectos: según la situación del consumo, según el sujeto, según la vía y forma de administración y según la dosis.
 - Una droga siempre tienen varios efectos, por ejemplo el alcohol es un depresor, produce sueño, es anestésico, puede producir alucinaciones,...
- DELAY (1961), CLASIFICA LAS DROGAS SEGÚN SU ACCIÓN sobre lo que él llamó el Tonus psicológico (resultante del nivel de vigilancia y del estado de humor (despierto/dormido-eufórico/deprimido).
 - Psicolépticos (bajan el Tonus)
- Hipnóticos
- Neurolépticos
- Tranquilizantes
- Psicoanalépticos (aumentan el Tonus)
 - Estimulan la vigilancia (anfetaminas, cafeína,...)
 - Antidepresivos

- Psicodislépticos (desvían el Tonus)
 - Mescalina
 - LSD

- En función del tipo de dependencia que producen (Isbell 1959):
 - Dependencia psicosocial y física (opio, alcohol, barbitúricos, anfetaminas...)
 - Dependencia psicosocial (cocaína, LSD, mescalina, derivados del cannabis,...)

- Según los efectos sobre el cerebro (la más generalizada)
 - Depresores de la actividad del SNC (familia de sustancias que tienen en común su capacidad para entorpecer el funcionamiento habitual del cerebro, provocando reacciones que pueden ir desde la desinhibición hasta el coma)
 - Alcohol
 - Hipnóticos (pastillas para dormir)
 - Ansiolíticos, medicamentos para calmar la ansiedad (tranquilizantes)
 - Opiáceos
 - Opio, derivados naturales y semisintéticos (morfina, codeína, heroína,...)
 - Narcóticos sintéticos (metadona)
 - Antipsicóticos (tranquilizantes mayores)
 - Otros (bromuros, antihistamínicos)
 - Estimulantes de la actividad del SNC (grupo de sustancias que aceleran el funcionamiento habitual del cerebro provocando una activación que puede ir desde una mayor dificultad para dormir tras tomar café, hasta un estado de hiperactividad tras cocaína o anfetaminas).
 - Estimulantes mayores (anfetaminas, cocaína)
 - Estimulantes menores (nicotina)
 - Xantinas (cafeína, teína, teobromina...)
 - Estimulantes del humor (antidepresivos)

- Perturbadores de la actividad del SNC (sustancias que trastocan el funcionamiento del cerebro dando lugar a distorsiones perceptivas, alucinaciones,...)
 - Alucinógenos (LSD, mescalina,...)
 - Derivados del cannabis (marihuana, hachís,...)
 - Disolventes volátiles (colas, disolventes,...)
 - Drogas de síntesis (éxtasis, eva...)
- Según su situación sociológica*
 - Drogas institucionalizadas: aquellas integradas en nuestra cultura, y a las que no se les tiene miedo e incluso no se les llama drogas. Su consumo no está penado por la ley. Son el alcohol, el tabaco, y los psicofármacos.
 - Drogas no institucionalizadas: Aquellas que no pertenecen a nuestra cultura, se les llama drogas y su consumo está castigado por la ley. Son la heroína, anfetaminas, cannabis, cocaína, éxtasis,...

* El hecho de estar institucionalizadas o no, no tiene que ver con su peligrosidad.

Las drogas tienen diferentes VÍAS DE CONSUMO:

- Fumada: hachís o tabaco se consumen así habitualmente, por ejemplo*
- Ingerida por vía oral: alcohol, drogas de síntesis, hipnóticos...*
- Aspirada: la cocaína, speed...*
- Inhalada: pegamento, volátiles...*
- Inyectadas: heroína, por ejemplo*

*las drogas puestas como ejemplo en las distintas vías de consumo se corresponden por ser la habitual o más común vía de consumo para esa droga, pero las vías pueden ser varias; por ejemplo la cocaína se puede fumar o inyectar, la heroína también se fuma... ..

Sea cual sea la vía elegida la droga llegará finalmente al cerebro a través de la sangre y allí producirá alteraciones específicas, en función de la vía elegida los efectos tendrán más o menos

latencia, intensidad y duración.

campusvirtual.esnecaformacion.com

3. Patología de las dependencias

3.1. Introducción

La dependencia es el enganche del individuo a la droga y se produce como consecuencia de los efectos farmacológicos de la droga en el organismo a través del consumo continuado de esa sustancia. Puede ser una dependencia psíquica, física y/o ambiental o relacional. La dependencia psíquica se da cuando el individuo está psicológicamente subordinado para realizar la mayoría de sus actividades al consumo de la sustancia, produciéndole un sentimiento de placer que buscará también, de forma impulsiva, consumiéndola de forma regular o continua.

La dependencia física surge cuando se ha producido una adaptación entre la sustancia y la persona que la toma que cuando no la toma tiene un síndrome de abstinencia que puede ser variable en características y en intensidad. Así, el síndrome de abstinencia del alcohólico puede poner en riesgo su vida, mientras que el del café o la nicotina es mucho más suave.

La dependencia ambiental, relacional o psicosocial es aquella que se establece al contexto en el que se dé el consumo y a las relaciones sociales establecidas en torno al mismo (fumar cuando estamos con los amigos, por ejemplo).

En la aparición de una dependencia influyen varios factores:

- Las características individuales y antecedentes personales
- La naturaleza del ambiente sociocultural de la persona.
- Las características farmacodinámicas y farmacocinéticas de la sustancia según la cantidad, frecuencia y vía de administración.

Repasemos algunos conceptos básicos y las relaciones entre ellos: la tolerancia es el fenómeno que se produce cuando ha habido una adaptación biológica a una droga, el efecto respuesta de una cantidad de una sustancia concreta va disminuyendo a lo largo del tiempo, de forma que es necesario ir incrementando la dosis para obtener el mismo efecto. Así pues, para sentir más hay que tomar más. De aquí surge el concepto tolerancia cruzada e que es el estado de adaptación a los efectos de una droga no por haberla tomado, sino porque la tolerancia es específica a otra sustancia

de la misma familia (por ejemplo sucede con el alcohol y los barbitúricos o los sedantes y tranquilizantes).

Se pueden usar drogas sin que supongan un problema para el sujeto y éste se convierta en dependiente, el uso inicial de las sustancias puede dar lugar a situaciones conflictivas, surgiendo problemas de abuso que pueden llegar a comprometer la salud del individuo o interferir en su funcionamiento normal.

Hoy día el abuso de sustancias no se identifica con el consumo desmesurado de las mismas, sino que se reconoce el uso indebido, por ejemplo, el uso de drogas que, por su propia naturaleza, conlleva tantos riesgos que en la práctica cualquier forma de uso constituye abuso (por ejemplo la pasta base o la ketamina)

El abuso de drogas puede producir diferentes tipos de trastornos:

- Trastornos físicos: cuando causan daños en el organismo; por ejemplo, la bronquitis crónica por consumo de tabaco o daños en el hígado por consumo de alcohol.
- Trastornos psicológicos: cuando inciden negativamente sobre la relación de la persona consigo mismo o con su entorno afectivo, como ocurre con los conflictos de pareja por abuso del alcohol u otras sustancias
- Trastornos sociales: cuando impactan sobre la comunidad, como ocurre con los accidentes de tráfico provocados por conductores bajo los efectos de las drogas.

Lo común entre consumidores de alguna sustancia es la utilización de varias drogas (el policonsumo), combinando en un mismo periodo varias sustancias, algunos modelos básicos de policonsumo serían los siguientes:

- La heroína con fuerte asociación al crack y las anfetaminas y en menor medida con el cannabis, éxtasis, cocaína, inhalables y morfínicos.
- Tabaco y alcohol, con fuerte presencia del cannabis y menos de éxtasis cocaína e inhalables.
- Policonsumo de psicoestimulantes con éxtasis, cocaína y alucinógenos, con presencia de alcohol, cannabis, anfetaminas y tabaco diario.
- Psicofármacos con hipnóticos, tranquilizantes y analgésicos morfínicos, con presencia de

tabaco.

3.2. Adicciones comportamentales

Las adicciones no son sólo las conductas ocasionadas por sustancias químicas, sino que existen hábitos de conducta aparentemente inofensivos que pueden convertirse en adictivos y afectar de forma significativa a la vida de la persona y su entorno. Son conductas normales, incluso saludables, que en función de la intensidad, de la frecuencia o de la cantidad de dinero invertida y de la influencia negativa, pueden convertirse en anormales, ya que el paciente pierde el control y continúa con esa conducta a pesar de las consecuencias adversas que le comporta a la vez que pierde el interés por otro tipo de conductas que previamente le resultaban satisfactorias (Jacobs 1989).

Según Goodman, una conducta es adictiva si se dan las siguientes condiciones:

- Al principio está controlada por reforzadores positivos (se realiza la conducta por el placer que provoca)
- Termina siendo controlada por reforzadores negativos (se practica para evitar el malestar que produce no realizar la conducta)
- Existe pérdida de control del sujeto
- Se produce una degradación social del sujeto

Cualquier conducta placentera es susceptible de convertirse en adictiva. Los mecanismos que posibilitan el placer inducen a las personas a actuar para que dicha conducta se vuelva a repetir. El "circuito del placer" recorre un conjunto de estructuras en torno al sistema límbico y en ellas actúan diversas sustancias químicas que se liberan de modo natural al sentir placer e inducen al organismo a repetir lo que le ha gustado.

Existen ciertas características de personalidad o rasgos de conducta que aumentan la vulnerabilidad psicológica a las adicciones: egocentrismo, disforia, intolerancia a los estímulos displacenteros, búsqueda exagerada de sensaciones...

La situación ambiental o presencia de determinadas variables psicosociales va a condicionar la

aparición de una u otra adicción psicológica. El patrón de conducta tipo A puede conducir a una eficacia laboral, un profundo sentimiento del deber, una vida carente de aficiones y un sentimiento de culpabilidad por disfrutar del ocio desembocando en una adicción al trabajo (Echeburúa y de corral, 1995).

Algunas adicciones se encuentran fomentadas por la sociedad actual que prima el éxito y el dinero rápido, así como el consumismo: adicción al juego, el trabajo y las compras se pueden ver influidas por estas filosofías de vida.

En la adicción a las máquinas tragaperras es la clase de conducta la que desempeña un papel fundamental, y la capacidad adictiva es muy alta por las siguientes razones:

- Están muy difundidas y el coste de las apuestas es bajo.
- El plazo entre apuesta y resultado es muy breve.
- El funcionamiento intrínseco de estas máquinas potencia una ilusión de control.
- Las luces, la música, el tintineo de las monedas... suscitan tensión emocional y activación psicofisiológica.

La experimentación del síndrome de abstinencia es el núcleo fundamental de todas las adicciones. El síndrome de abstinencia presenta unos síntomas característicos de cada dependencia y adicción, pero tiene unas características comunes a todas ellas (Edwards, 1986; Gossop, 1987; Lesieur y Blume, 1993):

- Impulso repetido a una conducta que trae consigo efectos perjudiciales para la persona que la realiza.
- Tensión creciente (humor depresivo, ansiedad, irritabilidad, trastornos del sueño...) hasta que la conducta es completada (Coverly Veale, 1987; Rosenthal y Lesieur, 1992)
- Desaparición temporal de la tensión cuando se lleva a cabo la conducta.
- Vuelta gradual del impulso con fuerza creciente.
- Estímulos internos (disforia, tensión emocional, aburrimiento...) y externos (luces de tragaperras para ludópatas, botella de vino para alcohólico, rebajas para el comprador compulsivo) ponen en marcha la conducta adictiva.
- Condicionamiento secundario a dichos estímulos internos y externos.

- Estrategias similares para la prevención de la recaída y atención terapéutica:
 - Entrenamiento en el control de impulsos mediante la exposición prolongada a los estímulos suscitadores de tensión que tiene por objetivo la habituación del sujeto a los mismos y reducción del síndrome de abstinencia.
 - Control de estímulos

Existe una importante diferencia entre las adicciones químicas y las psicológicas y es que frente a lo relativamente frecuente que el politoxicómano existen muy pocos casos de adicciones psicológicas varias que aquejen a una persona, aunque sí se dan conjuntamente adicciones psicológicas y químicas (adicción al trabajo, la nicotina y la cocaína, por ejemplo).

Existe otra diferencia que está siendo estudiada entre drogodependencias y adicciones psicológicas y es que, al parecer, el síndrome de abstinencia en las toxicomanías se puede controlar con una dosis química, mientras que el adicto a los videojuegos puede pasar horas delante de una consola sin que disminuya el síndrome de abstinencia. También es importante la motivación para el tratamiento (escasa y fluctuante en la mayoría de los casos), que es siempre algo mayor en las adicciones psicológicas que en las drogodependencias.

El **reconocimiento oficial del juego patológico como trastorno se produjo en 1980**, fecha en la que se incluyó en una de las categorías del DSM. Actualmente, la ludopatía se encuentra categorizada dentro del apartado de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. El juego patológico se reconoce dentro de esta clasificación como un trastorno adictivo no relacionado con sustancias, pero con características etiopatogénicas, emocionales, cognitivas y conductuales, similares a los trastornos adictivos por consumo de sustancias, en tanto que activan de forma semejante los mismos sistemas de recompensa que se ponen en acción en pacientes drogadictos. Actualmente, el juego patológico se ha considerado el único trastorno de adicción no relacionado con sustancias que se ha incluido dentro de la categoría mencionada (American Psychiatric Association (APA), 2014).

El **juego patológico** es un trastorno cuya característica esencial es un comportamiento de juego, desadaptativo y persistente, que altera la continuidad de la vida personal, familiar o profesional.

El individuo puede estar **preocupado por el juego** (reviviendo experiencias pasadas de juego,

planificando próxima aventura de juego o pensando en la forma de conseguir dinero para seguir jugando). Muchos de estos individuos dicen que buscan "acción" (estado de euforia) más que dinero. Al aumentar sus apuestas o magnificar los riesgos consiguen producir y mantener los niveles de excitación deseados.

Los individuos con trastorno de juego patológico continúan con el juego a pesar de repetidos esfuerzos para controlar, detener o disminuir su comportamiento. El individuo puede mentir a los miembros de su familia, terapeutas u otros para ocultar su grado de implicación en el juego.

Si el individuo se queda sin dinero pueden aparecer **conductas antisociales** (por ejemplo, falsificación, fraude, robo o abuso de confianza).

Según el **DSM 5**, el juego patológico problemático persistente y recurrente, que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y se manifiesta durante un periodo de 12 meses.

Criterios diagnósticos de Gambling Disorder o Trastorno por Juego según el DSM-V:

A- Conducta problemática de juego de apuestas recurrente y persistente, que lleva a incapacidad o distrés clínicamente significativos, como sucede cuando el individuo exhibe 4 (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 12 meses:

- 1.- Necesidad de jugar cantidades crecientes de dinero para lograr la excitación deseada.
- 2.- Está inquieto o irritable cuando intenta interrumpir o detener el juego.
- 3.- Ha efectuado reiterados esfuerzos no exitosos para controlar, interrumpir o detener el juego.
- 4.- Está frecuentemente preocupado por el juego de apuestas (Ej.: pensamientos persistentes de revivir experiencias pasadas, planear la próxima sesión, pensar maneras de obtener el dinero para apostar).
- 5.- Juega frecuentemente cuando se siente con distrés (ej: desesperanzado, culpable, ansioso o deprimido).
- 6.- Después de perder dinero en el juego, vuelve con frecuencia otro día para intentar recuperarlo (rescatar o cazar (chasing) las propias pérdidas).

7.- Miente para ocultar su grado de implicación en el juego.

8.- Ha arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, oportunidades de trabajo y educativas o profesionales debido al juego.

9.- Confía en que los demás le proporcionen el dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego.

B- La conducta de juego de apuestas no puede ser atribuible a un episodio maníaco.

Especificadores:

- Episódico: Reúne los criterios diagnósticos y luego pueden pasar meses sin síntomas.
- Persistente: los síntomas son continuos y persisten por años.
- En remisión temprana: Luego de haber sido diagnosticado, no reúne luego ninguno de los criterios durante un periodo de entre 3 a 12 meses.
- En remisión sostenida: similar al anterior, pero luego asintomático por más de 12 meses.
- Nivel de severidad:
 - - Leve (reúne 4 a 5 de los 9 criterios)
 - - Moderado (reúne de 6 a 7 criterios)
 - - Severo (reúne de 8 a 9 criterios)

Trastorno por Juegos de Internet (Internet gaming disorder) se incluye dentro del Trastorno por Juegos de Apuestas. Entre otras características, se menciona que los juegos por Internet ocurren típicamente en red, con otros participantes o competidores y un promedio 8 a 10 horas diarias, presentando una prevalencia elevada en niños y adolescentes, sobre todo de países orientales, aunque su presencia a nivel mundial es creciente. Se aclara igualmente que el uso excesivo de Facebook o de pornografía online no son consideradas análogos a este trastorno, y que se necesitan futuros estudios para su inclusión como adicciones conductuales (Cía, 2013, p.214)

Llama la atención la no inclusión en el Manual de la Adicción a Internet y a las nuevas tecnologías

virtuales en su conjunto, con las múltiples variantes actuales, dada la amplia experiencia clínica, investigaciones y comprobaciones acerca de su existencia como entidad a lo largo de casi tres décadas (Cía, 2013, p.214)

3.3.DSM-IV: Trastornos relacionados con las sustancias

Introducción al DSM- IV

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (American Psychiatric Association) contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. La edición vigente es la quinta (DSM-V).

El DSM se elaboró a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones, y de clínicos en general con investigadores diversos. Por esto, no tiene la pretensión de explicar las diversas patologías, ni de proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco de adscribirse a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o de la psiquiatría.

Es importante aclarar que siempre debe ser utilizado por personas con experiencia clínica, ya que se usa como una guía que debe ser acompañada de juicio clínico, además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios.

Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos:

Trastornos por consumo de sustancias: hace referencia a la adicción al consumo de una sustancia. Las sustancias recogidas en el DSM-V son: alcohol; cafeína; cannabis; alucinógenos (fenciclidina y otros alucinógenos); inhalantes; opiáceos; sedantes; hipnóticos y ansiolíticos; estimulantes (sustancia anfetamínica, cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas) (APA, 2014). Estas diez clases no son radicalmente distintas entre sí.

Cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de los comportamientos y la producción de recuerdos. Provocan una activación tan intensa del sistema de

recompensa que se ignoran las actividades normales.

Con la llegada del DSM-V en 2013, se elimina el abuso y dependencia del DSM-IV y solo queda el TCS (Trastorno por consumo de sustancias) como una suma de criterios de abuso y dependencia del DSM-IV. El diagnóstico se hace cuando la persona tiene 2 o más síntomas de 11 a lo largo de un periodo de tiempo de 12 meses. Los 11 criterios proceden de unir los de abuso y dependencia del DSM-IV con las siguientes excepciones:

- a) Se elimina el ítem del DSM-IV referido a tener problemas legales
- b) Se añade el ítem de craving.

En la tabla 1 puede verse un cuadro comparativo entre el DSM-IV y el DSM-5 (Becoña, 2014, p.59)

Tabla 1
Criterios del DSM-IV y DSM-5 para el trastorno por consumo de sustancias

	DSM-IV Abuso ^a (≥ 1 criterio)	DSM-IV Dependencia ^b (≥ 3 criterios)	DSM-5 Trastorno por consumo de sustancias ^c (≥ 2 criterios)
Uso peligroso	X		X
Problemas sociales/interpersonales relacionados con el consumo	X		X
Incumplimiento de los principales roles por su consumo	X		X
Problemas legales	X		
Síndrome de abstinencia ^d		X	X
Tolerancia		X	X
Usa mayor cantidad/más tiempo		X	X
Intentos repetidos de dejarlo/controlar el consumo		X	X
Mucho más tiempo del que pensaba		X	X
Problemas físicos/psicológicos relacionados con el consumo		X	X
Deja de hacer otras actividades debido al consumo		X	
Craving			X

^aUno o más criterios de abuso dentro de un periodo de 12 meses y sin diagnóstico de dependencia. Aplicable a todas las sustancias excepto a la nicotina.

^bTres o más criterios de dependencia dentro de un periodo de 12 meses.

^cDos o más criterios del trastorno por consumo de sustancias en un periodo de 12 meses.

^dEl síndrome de abstinencia no está incluido para el cannabis, inhalantes y trastornos alucinógenos del DSM-IV. El síndrome de abstinencia del cannabis se ha añadido en el DSM-5.

Adaptado de Hasin *et al.* (2013, p. 836).

El nivel de severidad se establece de la siguiente manera:

- Bajo (se cumplen 2-3 criterios)

- Moderado (se cumplen 4-5 criterios)
- Severo (se cumplen 6 o más criterios)

Trastornos inducidos por sustancias

- Intoxicación (la pueden producir todos los grupos de sustancias salvo el tabaco).
- Abstinencia (por el consumo de alcohol, cafeína, cannabis, opiáceos, ansiolíticos e hipnóticos y sedantes, estimulantes, tabaco y otras sustancias).
- Trastornos mentales inducidos por sustancias (trastornos psicóticos, bipolares, depresivos, de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos del sueño, disfunciones sexuales, síndrome confusional y trastorno neurocognitivo).

Criterios diagnósticos para intoxicación por sustancias

- Presencia de un síntoma reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Nota: diferencias sustanciales pueden producir síndromes idénticos o similares.
- Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej. Irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad del juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.
- Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios diagnóstico para abstinencia de sustancias.

- Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad, laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Clasificación de trastornos relacionados con sustancias según DSM-V

Trastornos relacionados con el alcohol



Trastornos por consumo de alcohol

Se da un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta en un plazo de 12 meses.

Criterios para el diagnóstico del trastorno por consumo de alcohol

- Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
- Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
- Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
- Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
- Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
- El consumo del alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales,

profesionales o de ocio.

- Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
- Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
- Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
- Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol.
 - Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiazepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Trastornos inducidos por el alcohol

- Intoxicación por alcohol
- Abstinencia de alcohol
- Delirium por intoxicación de alcohol
- Demencia persistente inducida por alcohol
- Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol
- Trastorno psicótico inducido por alcohol: con ideas delirantes, con alucinaciones
- Trastorno bipolar inducido por el alcohol
- Trastorno del estado de ánimo inducido por alcohol (depresión)
- Trastorno de ansiedad inducido por alcohol
- Trastorno sexual inducido por alcohol
- Trastorno del sueño inducido por alcohol
- Trastorno relacionado con el alcohol no especificado

Criterios para el diagnóstico de Intoxicación por alcohol

- Ingestión reciente de alcohol.
- Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (sexualidad inapropiada, comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que se presentan durante la intoxicación o pocos minutos después de la ingesta de alcohol.
- Uno o más de los siguientes síntomas que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alcohol:
 - Lenguaje farfullante
 - Incoordinación
 - Marcha inestable
 - Nistagmo
 - Deterioro de la atención o de la memoria
 - Estupor o coma
- Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios para el diagnóstico de Abstinencia de alcohol

- Interrupción (o disminución) del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el Criterio A:
 - Hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones)
 - Temblor distal de las manos
 - Insomnio
 - Náuseas o vómitos
 - Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
 - Agitación psicomotora

- Ansiedad
 - Crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)
-
- Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
 - Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Especificar si:

Con alteraciones perceptivas

Trastorno relacionado con el alcohol no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con el alcohol que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con el alcohol o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos adictivos y relacionados con sustancias.

Trastornos relacionados con alucinógenos



Trastornos por consumo de alucinógenos

Los efectos del consumo de alucinógenos se pueden apreciar después de 30 o 40 minutos de su ingestión y su duración suele ser de entre una, y tres horas, aunque los efectos psíquicos pueden persistir durante ocho y doce horas, dependiendo de la persona y del tipo de alucinógeno, también de la cantidad ingerida.

Según el DSM-V, un modelo problemático de consumo de alucinógenos distintos a la fenciclidina (que veremos a continuación), provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

- Se consume algún alucinógeno con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alucinógenos.
- Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alucinógenos, consumirlos o recuperarse de sus efectos.
- Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir un alucinógeno.
- Consumo recurrente de un alucinógeno que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (por ejemplo ausencias repetidas del trabajo o bajo rendimiento estudiantil, desatención de tareas o niños, etc.).
- Consumo continuado de algún alucinógeno a pesar de sufrir problemas persistentes o recurrentes del tipo social o interpersonal, provocado o agravado por sus efectos.
- El consumo del alucinógeno provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
- Consumo recurrente de alucinógenos en situaciones en las que es físicamente peligroso.
- Se continúa el consumo de alucinógenos a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.
- Tolerancia, definida por alguno de los hechos siguientes:
 - Una necesidad de cantidades cada vez mayores de alucinógenos para conseguir la intoxicación o efecto deseado.
 - Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alucinógeno.

Trastornos inducidos por alucinógenos

- Intoxicación por alucinógenos
- Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos

- Delirium por intoxicación por alucinógenos
- Trastorno psicótico inducido por alucinógenos: con ideas delirantes
- Trastorno psicótico inducido por alucinógenos: con alucinaciones
- Trastorno de ansiedad inducido por alucinógenos
- Trastorno del estado de ánimo inducido por alucinógenos
- Trastorno relacionado con alucinógenos no especificado.

Criterios para el diagnóstico de Intoxicación por alucinógenos

- Consumo reciente de un alucinógeno.
- Cambios psicológicos y comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., ansiedad o depresión marcadas, ideas de referencia, miedo a perder el control, ideaciones paranoides, deterioro del juicio o de la actividad social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo del alucinógeno.
- Cambios perceptivos que tienen lugar en un estado de alerta y vigilia totales (p. ej., intensificación subjetiva de las percepciones, despersonalización, desrealización, ilusiones, alucinaciones, sinestesias) que se aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alucinógenos.
- Dos (o más) de los siguientes signos que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de alucinógenos:
 - Dilatación pupilar
 - Taquicardia
 - Sudoración
 - Palpitaciones
 - Visión borrosa
 - Temblores
 - Incoordinación
- Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos

(flashbacks)

- Reexperimentación, después del cese del consumo de alucinógenos, de uno o más síntomas perceptivos que ya se experimentaron en la intoxicación por el alucinógeno (p. ej., alucinaciones geométricas, percepciones falsas de movimiento en los campos visuales periféricos, flashes de color, intensificación de los colores, estelas en las imágenes de objetos en movimiento, pos imágenes positivas, halos alrededor de los objetos, macropsia y micropsia).
- Los síntomas del Criterio A provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
- Los síntomas no son debidos a enfermedad médica (p. ej., lesiones anatómicas e infecciones del cerebro, epilepsias visuales) ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., delirium, demencia, esquizofrenia) o por alucinaciones hipnopómpicas.

Trastorno relacionado con los alucinógenos no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con un alucinógeno que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con un alucinógeno o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos adictivos y relacionados con sustancias.

Trastornos relacionados con fenciclidina (o sustancias de acción similar)

Trastornos por consumo de fenciclidina

Según el DSM-V, dentro del marco de trastorno por consumo de fenciclidina encontramos lo siguiente:

Un modelo de consumo de fenciclidina (o una sustancia farmacológicamente similar) que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

- Se consume fenciclidina con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.

- Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de fenciclidina.
- Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir fenciclidina, consumirla o recuperarse de sus efectos.
- Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir fenciclidina.
- Consumo recurrente de fenciclidina que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (por ejemplo ausencias repetidas en el trabajo o bajo rendimiento relacionado con el consumo de esta sustancia; desatención de tareas o de niños a su cargo).
- Consumo continuado de fenciclidina a pesar de sufrir problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal, provocados o exacerbados por sus efectos (por ejemplo, discusiones entre cónyuges sobre las consecuencias de la intoxicación, enfrentamientos físicos).
- El consumo de fenciclidina provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
- Consumo recurrente de fenciclidina en situaciones en las que es físicamente peligroso (por ejemplo cuando se conduce un automóvil o se maneja maquinaria estando incapacitado por una fenciclidina).
- Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de fenciclidina para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de fenciclidina.

Trastornos inducidos por fenciclidina

- Intoxicación por fenciclidina
- Intoxicación por fenciclidina, con alteraciones perceptivas
- Delirium por intoxicación por fenciclidina
- Trastorno psicótico inducido por fenciclidina: con ideas delirantes, con alucinaciones
- Trastorno del estado de ánimo inducido por fenciclidina
- Trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina

- Trastorno relacionado con fenciclidina no especificado

Criterios para el diagnóstico de Intoxicación por fenciclidina

- Consumo reciente de fenciclidina (o una sustancia de acción similar).
- Cambios psicológicos comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., beligerancia, heteroagresividad, impulsividad, comportamiento imprevisible, agitación psicomotora, deterioro de la capacidad de juicio o del rendimiento laboral o social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de fenciclidina.
- Dos (o más) de los siguientes signos que aparecen en la primera hora después del consumo de la sustancia (o antes si es fumada, aspirada o inyectada por vía intravenosa):
 - nistagmo horizontal o vertical
 - Hipertensión o taquicardia
 - Obnubilación o disminución de la sensibilidad al dolor
 - Ataxia
 - Disartria
 - Rigidez muscular
 - Crisis convulsivas o coma
 - Hiperacusia
- Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Trastorno relacionado con la fenciclidina especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con la fenciclidina que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con la fenciclidina o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos adictivos y relacionados con sustancias.

Trastornos relacionados con anfetamina (o sustancias de acción similar)



Trastornos por consumo de anfetamina

Según el DSM-V, un modelo problemático de consumo de anfetamina, provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta en un plazo de 12 meses.

Trastornos inducidos por anfetaminas

- Intoxicación por anfetamina
- Intoxicación por anfetamina, con alteraciones perceptivas
- Abstinencia de anfetamina
- Delirium por intoxicación por anfetamina
- Trastorno psicótico inducido por anfetamina
- Trastorno de ansiedad inducido por anfetamina
- Trastorno del sueño inducido por anfetamina
- Trastorno sexual inducido por anfetamina
- Trastorno del estado de ánimo inducido por anfetamina

Criterios para el diagnóstico de Intoxicación por anfetamina

- Consumo reciente de anfetamina o sustancias afines (p. ej., metilfenidato).
- Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., euforia o embotamiento afectivo; cambios de la sociabilidad; hipervigilancia; sensibilidad interpersonal; ansiedad, tensión o cólera; comportamiento estereotipado; deterioro de la capacidad de juicio o de la actividad social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo

después del consumo de anfetamina o sustancias afines.

- Dos (o más) de los siguientes signos y síntomas, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de anfetaminas o sustancias afines:
 - Taquicardia o bradicardia
 - Dilatación pupilar
 - Tensión arterial aumentada o disminuida
 - Sudoración o escalofríos
 - Náuseas o vómitos
 - Pérdida de peso demostrable
 - Agitación o retraso psicomotores
 - Debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas
 - Confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma
- Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios para el diagnóstico de Abstinencia de anfetamina

- Interrupción (o disminución) del consumo de anfetamina (o sustancias afines) después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- Estado de ánimo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos, que aparecen horas o días después del Criterio A:
 - Fatiga
 - Sueños vívidos, desagradables
 - Insomnio o hipersomnia
 - Aumento del apetito
 - Retraso o agitación psicomotores
- Los síntomas del Criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral o social, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Trastornos relacionados con la cafeína



Trastornos inducidos por cafeína

- Intoxicación por cafeína
- Abstinencia de cafeína
- Trastorno de ansiedad inducido por cafeína
- Trastorno del sueño inducido por cafeína
- Trastorno relacionado con cafeína no especificado

Criterios para el diagnóstico de Intoxicación por cafeína

- Consumo reciente de cafeína, normalmente más de 250 mg (p. ej., más de 2-3 tazas de café).
- Cinco (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cafeína:
 - Inquietud
 - Nerviosismo
 - Excitación
 - Insomnio
 - Rubefacción facial
 - Diuresis
 - Alteraciones digestivas
 - Contracciones musculares
 - Logorrea y pensamiento acelerado
 - Taquicardia o arritmia cardíaca

- Sensación de infatigabilidad
- Agitación psicomotora
- Los síntomas de criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro laboral o social, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., un trastorno de ansiedad).

Criterios para el diagnóstico de Abstinencia de cafeína

Para que exista un síndrome de abstinencia de cafeína, según la DSM-V:

- Consumo diario prolongado de cafeína.
- Cese brusco o reducción del consumo de cafeína, seguido en las 2 horas siguientes por tres (o más) de los signos o síntomas siguientes:
 - Cefalea.
 - Fatiga o somnolencia notable.
 - Disforia, desánimo o irritabilidad.
 - Dificultades para concentrarse.
 - Síntomas gripales (náuseas, vómitos o dolor o rigidez muscular).
- Los signos o síntomas descritos anteriormente provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras área importantes del funcionamiento.
- Los signos o síntomas no aparecen asociados a los efectos psicológicos de ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o una abstinencia de otra sustancia.

Trastorno relacionado con la cafeína no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con la cafeína que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con la cafeína o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos adictivos y relacionados con sustancias.

Trastornos relacionados con cannabis



Trastornos por consumo de Cannabis

Según el DSM-V, un modelo problemático de consumo de cannabis que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

- Se consume cannabis con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de cannabis.
- Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir cannabis, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
- Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis.
- Consumo recurrente de cannabis que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
- Consumo continuado de cannabis a pesar de sufrir problema sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del mismo.
- El consumo de cannabis provoca el abandono o la reducción de importante actividades sociales, profesionales o de ocio.
- Consumo recurrente de cannabis en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
- Se continúa con el consumo de cannabis a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.
- Tolerancia, definida por alguno de los signos siguientes:

- Una necesidad de cantidades cada vez mayores de cannabis para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de cannabis.
- Abstinencia, manifestada por alguno de los signos siguientes:
 - Presencia del síndrome de abstinencia característico del cannabis.
 - Se consume cannabis (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

Trastornos inducidos por Cannabis

- Intoxicación por cannabis
- Intoxicación por cannabis, con alteraciones perceptivas
- Abstinencia de cannabis
- Delirium por intoxicación por cannabis
- Trastorno psicótico inducido por cannabis: con ideas delirantes, con alucinaciones
- Trastorno de ansiedad inducido por cannabis
- Trastorno relacionado con cannabis no especificado.

Criterios para el diagnóstico de Intoxicación por Cannabis.

- Consumo reciente de Cannabis.
- Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., deterioro de la coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de que el tiempo transcurre lentamente, deterioro de la capacidad de juicio, retraimiento social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de Cannabis.
- Dos (o más) de los siguientes síntomas que aparecen a las 2 horas del consumo de Cannabis:
 - Inyección conjuntival
 - Aumento de apetito
 - Sequedad de boca

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

Nota de codificación: si con alteraciones perceptivas.

Criterios para el diagnóstico de Abstinencia de Cannabis

El síndrome de abstinencia del cannabis, se va a expresar cuando se den los siguientes factores:

- Cese brusco del consumo de cannabis, que ha sido intenso y prolongado (por ejemplo consumo diario o casi diario, durante un periodo de varios meses por lo menos).
- Aparición de tres (o más signos) de los signos y síntomas siguientes aproximadamente en el plazo de una semana tras cumplir el criterio anterior. Los síntomas son:
 - Irritabilidad, rabia o agresividad.
 - Nerviosismo o ansiedad.
 - Dificultades para dormir (es decir, insomnio, pesadillas).
 - Pérdida de apetito o de peso.
 - Intranquilidad.
 - Estado de ánimo deprimido.
 - Por lo menos uno de los síntomas físicos siguientes que provoca una incomodidad significativa: dolor abdominal, espasmos y temblores, sudoración, fiebre, escalofríos o cefalea.
- Los signos o síntomas anteriores provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Trastorno relacionado con el cannabis no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con el cannabis que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en

lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con el cannabis o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos adictivos y relacionados con sustancias.

Trastornos relacionados con cocaína



Trastornos por consumo de cocaína

Un modelo de consumo de sustancias anfetamínicas, cocaína u otros estimulantes que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta en un plazo de 12 meses.

Trastornos inducidos por cocaína

- Intoxicación por cocaína
- Intoxicación por cocaína, con alteraciones perceptivas
- Abstinencia de cocaína
- Delirium por intoxicación por cocaína
- Trastorno psicótico inducido por cocaína: con ideas delirantes, con alucinaciones
- Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína
- Trastorno de ansiedad inducido por cocaína
- Trastorno del sueño inducido por cocaína
- Trastorno sexual inducido por cocaína
- Trastorno relacionado con cocaína no especificado.

Criterios para el diagnóstico de Intoxicación por cocaína

- Consumo reciente de cocaína.
- Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., 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.
- Dos o más de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de cocaína:
 - Taquicardia o bradicardia
 - Dilatación pupilar
 - Aumento o disminución de la tensión arterial
 - Sudoración o escalofríos
 - Náuseas o vómitos
 - Pérdida de peso demostrable
 - Agitación o retraso psicomotores
 - Debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor en el pecho o arritmias cardíacas
 - Confusión, crisis comiciales, discinesias, distonías o coma
- Los síntomas no se deben a enfermedad médica si se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios para el diagnóstico de Abstinencia de cocaína

- Interrupción (o disminución) del consumo prolongado de abundantes cantidades de cocaína.
- Estado de ánimo disfórico y dos (o más) de los siguientes cambios fisiológicos que aparecen pocas horas o días después del Criterio A:
 - Fatiga
 - Sueños vividos y desagradables
 - Insomnio o hipersomnia
 - Aumento del apetito

- Retraso o agitación psicomotores
- Los síntomas del Criterio B causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral, social o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.
- Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Trastornos relacionados con inhalantes

Trastornos por consumo de inhalantes

Un modelo problemático de consumo de sustancia inhalante a base de hidrocarburos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta en un plazo de 12 meses.

Trastornos inducidos por inhalantes

- Intoxicación por inhalantes
- Delirium por intoxicación por inhalante
- Demencia persistente inducida por inhalantes
- Trastorno psicótico inducido por inhalantes: con ideas delirantes, con alucinaciones
- Trastorno del estado de ánimo inducido por inhalantes
- Trastorno de ansiedad inducido por inhalantes
- Trastorno relacionado con inhalantes no especificado.

Criterios para el diagnóstico de Intoxicación por inhalantes

- Consumo reciente intencionado o breve exposición a dosis altas de inhalantes volátiles (excluyendo los gases anestésicos y los vasodilatadores de acción corta).
- Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (beligerancia, violencia, apatía, deterioro del juicio, deterioro de las actividades social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo o exposición a inhalantes volátiles.
- Dos (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo o exposición a inhalantes:

- Mareo
 - Nistagmo
 - Incoordinación
 - Lenguaje farfullante
 - Marcha inestable
 - Letargía
 - Disminución de los reflejos
 - Retraso psicomotor
 - Temblores
 - Debilidad muscular generalizada
 - Visión borrosa o diplopía
 - Estupor o coma
 - Euforia
- Estos síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Trastorno relacionado con los inhalantes no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con los inhalantes que causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con los inhalantes o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos adictivos y relacionados con una sustancia.

Trastornos relacionados con nicotina



Trastornos por consumo de nicotina

Según el DSM-V, consiste en un modelo problemático de consumo de tabaco que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

- Se consume tabaco con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo del tabaco.
- Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir tabaco o consumirlo.
- Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir tabaco.
- Consumo recurrente de tabaco que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (por ejemplo, interferencias continuas en el trabajo).
- Consumo continuado de tabaco a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del tabaco (por ejemplo, discusiones con otros sobre el consumo de tabaco).
- El consumo de tabaco provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
- Consumo recurrente de tabaco en situaciones en las que provoca un riesgo físico (por ejemplo fumar en la cama).
- Se continúa con el consumo de tabaco a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el tabaco.
- Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de tabaco para conseguir el efecto deseado.
 - Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de tabaco.
- Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
 - Presencia del síndrome de abstinencia característico del tabaco.
 - Se consume tabaco (o alguna sustancia similar, como la nicotina) para aliviar o evitar

los síntomas de abstinencia.

Trastornos inducidos por nicotina

- Abstinencia de nicotina
- Trastorno del sueño
- Trastorno relacionado con nicotina no especificado.

Criterios de abstinencia de nicotina

- Consumo de nicotina durante al menos algunas semanas.
- Interrupción brusca o disminución de la cantidad de nicotina consumida, seguida a las 24 horas por cuatro (o más) de los siguientes signos:
 - Estado de ánimo disfórico o depresivo
 - Insomnio
 - Irritabilidad, frustración o ira
 - Ansiedad
 - Dificultades de concentración
 - Inquietud
 - Disminución de la frecuencia cardíaca
 - Aumento del apetito o del peso
- Los síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Trastorno relacionado con el tabaco no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con el tabaco que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios

de ningún trastorno específico relacionado con los estimulantes o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos adictivos y relacionados con una sustancia.

Trastornos relacionados con opiáceos



Trastornos por consumo de opiáceos

Según el DSM-V, un modelo problemático de consumo de opiáceos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

- Se consumen opiáceos con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de opiáceos.
- Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir opiáceos, consumirlos o recuperarse de sus efectos.
- Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir opiáceos. Consumo recurrente de opiáceos que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
- Consumo continuado de opiáceos a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por sus efectos.
- El consumo de opiáceos provoca el abandono o la reducción de importantes actividades

sociales, profesionales o de ocio.

- Consumo recurrente de opiáceos en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
- Se continúa con el consumo de opiáceos a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por ellos.
- Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de opiáceos para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un opiáceo.
- Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
 - Presencia del síndrome de abstinencia característico de los opiáceos.
 - Se consumen opiáceos (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

No se considera que se cumplan los dos criterios anteriores (tolerancia y abstinencia) en aquellos individuos que sólo toman opiáceos bajo supervisión médica adecuada.

Especificar Si se está en los siguientes casos:

En terapia de mantenimiento

Este especificador adicional se utiliza si el individuo está tomando algún medicamento agonista con receta, como metadona o buprenorfina y no cumple ninguno de los criterios de un trastorno por consumo de opiáceos de esa clase de medicamentos (excepto tolerancia o abstinencia del agonista). Esta categoría también se aplica a los individuos en tratamiento con un agonista parcial, un agonista / antagonista o un antagonista completo como naltrexona oral o depot.

En un entorno controlado

Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido a los opiáceos.

Trastornos inducidos por opiáceos

- Dependencia de opiáceos
- Abuso de opiáceos
- Trastornos inducidos por opiáceos

- Intoxicación por opiáceos
- Intoxicación por opiáceos, con alteraciones perceptivas
- Abstinencia de opiáceos
- Delirium por intoxicación por opiáceos
- Trastorno psicótico inducido por opiáceos: con ideas delirantes, con alucinaciones
- Trastorno del estado de ánimo inducido por opiáceos
- Trastorno del sueño inducido por opiáceos
- Trastorno sexual inducido por opiáceos
- Trastorno relacionado con opiáceos no especificado.

Criterios para el diagnóstico de Intoxicación por opiáceos

- Consumo reciente de un opiáceo.
- Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., euforia inicial seguida de apatía, disforia, agitación o inhibición psicomotoras, alteración de la capacidad de juicio, o deterioro social o laboral) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de opiáceos.
- Miosis (o midriasis por anoxia en la intoxicación grave) y uno (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de opiáceos:
 - Somnolencia o coma
 - Lenguaje farfullante
 - Deterioro de la atención o de la memoria
- Los síntomas no son debidos a una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios para el diagnóstico de Abstinencia de opiáceo

a) Alguna de las siguientes posibilidades:

- Interrupción (o disminución) de un consumo abundante y prolongado (varias semanas o más) de opiáceos
- Administración de un antagonista opiáceo después de un período de consumo de opiáceos

b) Tres (o más) de los siguientes signos y síntomas, que aparecen de pocos minutos a varios días después del Criterio A:

- Humor disfórico
- Náuseas o vómitos
- Dolores musculares
- Lagrimeo o rinorrea
- Dilatación pupilar, piloerección o sudoración
- Diarrea
- Bostezos
- Fiebre
- Insomnio

c) Los síntomas del Criterio B provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

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

Trastorno relacionado con los opiáceos no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con los opiáceos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con los opiáceos o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos adictivos y relacionados con una sustancia.

Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

Según el DSM-V, un modelo problemático de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

- Se consumen sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
- Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, consumirlos o recuperarse de sus efectos.
- Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- Consumo recurrente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que lleva el incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
- Consumo continuado de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a pesar de sufrir problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal, provocados o agravados por sus efectos.
- El consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
- Consumo recurrente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en situaciones en las que es físicamente peligroso (por ejemplo conducción de maquinaria bajo efectos de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos).
- Se continúa con el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente, probablemente causado o exacerbado por ellos.
- Tolerancia, definida por alguno de los hechos siguientes:
 - Una necesidad de cantidades cada vez mayores de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad

de un sedante, un hipnótico o un ansiolítico.

- Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:
 - Presencia del síndrome de abstinencia característico de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
 - Se consumen sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (o alguna sustancia muy similar, como el alcohol) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

No se considera que se cumplan los dos criterios anteriores (tolerancia y abstinencia) en aquellos individuos que sólo toman sedantes, hipnóticos o ansiolíticos bajo supervisión médica adecuada.

Trastornos inducidos por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

- Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Delirium por intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Delirium por abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Demencia persistente inducida por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Trastorno amnésico persistente inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Trastorno psicótico inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos: con ideas delirantes, con alucinaciones
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Trastorno de ansiedad inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Trastorno sexual inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Trastorno del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- Trastorno relacionado con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado

Criterios para el diagnóstico de Intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

- Consumo reciente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos (p. ej., comportamiento sexual inapropiado o comportamiento agresivo, labilidad del estado de ánimo,

deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social) que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

- Uno (o más) de los siguientes signos, que aparecen durante o poco tiempo después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:
 - Lenguaje farfullante
 - Incoordinación
 - Marcha inestable
 - Nistagmo
 - Deterioro de la atención o de la memoria
 - Estupor o coma
- Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Criterios para el diagnóstico de Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

- Interrupción (o disminución) de un consumo abundante y prolongado de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- Dos (o más) de los siguientes signos, que aparecen entre algunas horas o días después del Criterio A:
 - Hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o más de 100 pulsaciones)
 - Aumento del temblor de manos
 - Insomnio
 - Náuseas o vómitos
 - Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
 - Agitación psicomotora
 - Ansiedad
 - Crisis comiciales de gran mal (crisis epilépticas)
- Los síntomas del criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Los síntomas no son debidos a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro

trastorno mental.

Especificar si:

Con alteraciones perceptivas

Trastorno relacionados con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos no especificado

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos adictivos y relacionados con una sustancia.

campusvirtual.esnecaformacion.com

Recuerda

- **Droga:** sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía de administración es capaz de actuar sobre el SNC, provocando una alteración física y/o psicológica, es decir, es capaz de cambiar el comportamiento de la persona, y posee la capacidad de generar dependencia y tolerancia en sus consumidores. Se utiliza sin fines terapéuticos
- **Psicoactividad:** la capacidad de una sustancia para llegar al cerebro y modificar su funcionamiento habitual.
- **Abuso:** uso excesivo de una droga no relacionada con una práctica médica aceptable.
- **Hábito:** Situación originada por la administración de una droga, que se caracteriza por deseo de seguir consumiendo por la sensación de bienestar que produce, tendencia escasa o nula a aumentar la dosis, cierto grado de dependencia psicológica respecto a los efectos de la droga, nunca dependencia física con su consiguiente síndrome de abstinencia.
- **Drogodependientes:** Sujetos que hacen un uso muy frecuente de la droga.
- **Politoxicómano:** consume varias sustancias simultáneamente o en distintos momentos.
- **Drogodependencia:** síndrome bio-psico-social que se manifiesta a través de un patrón conductual en el que se da una clara prioridad al uso de una droga psicoactiva.
- **Toxicidad:** Capacidad de los fármacos para causar lesión reversible o irreversible.
- **Tolerancia:** Estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efectos farmacodinámicos. Es la responsable de la adicción
- **Tolerancia cruzada:** la droga origina la aparición de tolerancia, no solo a esa droga, sino también a otra del mismo o a veces de otro grupo farmacológico, por ejemplo la heroína produce tolerancia cruzada a la morfina
- **Dependencia física:** estado adaptativo caracterizado por la aparición de trastornos físicos intensos cuando se suspende la administración de una droga, o cuando se reduce su dosis
- **Dependencia psicológica:** pulsión psíquica que motiva al sujeto a repetir su consumo para inducir el placer o evitar el malestar.
- Las drogas se pueden clasificar de distintos modos, la más generalizada, en función de sus efectos en el SNC:
 - Depresores de la actividad del SNC

- Estimulantes de la actividad del SNC
- Perturbadores de la actividad del SNC

campusvirtual.esnecaformacion.com

Preguntas de Autoevaluación

¿Qué es la tolerancia?

Estado de adaptación caracterizado por el aumento de las respuestas a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efectos farmacodinámicos.

Estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efectos farmacodinámicos.

Estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis menor para provocar el mismo grado de efectos farmacodinámicos.

Son drogas psicoactivas, aquellas que,...

Generan alteraciones del estado de ánimo, cognitivas o conductuales

No dan lugar a tolerancia, comportamientos de búsqueda de la sustancia bajo determinadas condiciones, neuroadaptación y generalización de las respuestas.

Disminuyen la capacidad de ser autoadministradas.

Un síndrome bio-psico-social que se manifiesta a través de un patrón conductual en el que se da una clara prioridad al uso de una droga psicoactiva, es una:

Hábito

Drogodependencia

Neuroadaptación

¿Qué es la tolerancia cruzada?

Estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efectos farmacodinámicos.

Fenómeno por el que la droga origina la aparición de tolerancia, no solo a esa droga, sino también a otra del mismo farmacológico

Fenómeno por el que la droga origina la aparición de tolerancia, no solo a esa droga, sino también a otra del mismo o a veces de otro grupo farmacológico

La capacidad que representan los fármacos para causar lesión reversible o irreversible, se denomina:

Vida media

Toxicidad

Deshabitación