

21.139



Escuela Nacional de Estudios Profesionales
Iztacala U.N.A.M.

Escuela de Odontología

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

**FARMACODEPENDENCIA DE LOS
ANALGESICOS Y SUS COMBINADOS**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N
ADRIANA GOMEZ DE LA O
ERNESTINA GOMEZ DE LA O
SN. JUAN IZTACALA EDO. MEX. 1980



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



INTRODUCCION

En el presente trabajo exponemos un problema de carácter social, que afecta desde la célula de la sociedad, es decir, la familia hasta la comunidad y de aquí se extiende por toda la nación; adquiriendo por tal motivo importancia para su resolución a un nivel nacional.

Se refiere a la farmacodependencia a la cual pueden -- llegar personas de ambos sexos y diferentes edades. Encontrámonos con mayor número de adolescentes y adultos jóvenes, siguiéndoles infantes en edad escolar, de seis a doce años.

Así mismo mencionamos las principales causas que propician la farmacodependencia. Tales como la ignorancia, la curiosidad, ciertos núcleos sociales y sobre todo por existir individuos sin escrúpulos que obtienen exorbitantes ganancias especulando con éste tipo de drogas. También explicaremos la acción de estas sustancias, el uso normal y el abuso.

Sustancias que se utilizan frecuentemente en medicina y odontología, como son los analgésicos no narcóticos, los narcóticos, sedantes, tranquilizantes y estimulantes. Por lo que estos profesionales de las ciencias de la salud, tienen la obligación de conocer la farmacología de las mismas y de esta manera prevenir y evitar la dependencia a las mismas.

Finalmente se expone el control y la conducta a seguir para la curación y la prevención de éste problema, siendo esto último lo más importante.

I N D I C E

CAPITULO	I	DOLOR.	I
		Aspectos Generales.	
CAPITULO	II	ANALGESICOS.	4
		No narcóticos.	
		Clasificación	
		Efectos farmacológicos	
		Indicaciones o usos	
		Dosis	
		Efectos colaterales	
		Contraindicaciones y precauciones	
		Narcóticos.	
		Clasificación	"
		Efectos Farmacológicos	
		Efectos	
		Indicaciones	
		Efectos colaterales	
		Contraindicaciones y precauciones	
		Dosis	
		Narcóticos potentes	"
		Narcóticos de potencia intermedia	
		Narcóticos de menor potencia	
		Antagonistas de los narcóticos	

CAPITULO	III	ESTIMULANTES DEL S.N.C.	23
CAPITULO	IV	SEDANTES HIPNOTICOS.	25
CAPITULO	V	PHARMACODEPENDENCIA. Factores desencadenantes Definiciones	28
CAPITULO	VI	FACTORES FAMILIARES Y SOCIALES QUE INTERVIENEN EN LA PHARMACO- DEPENDENCIA. Funcionamiento del aparato mental Sobrecarga individual Sobrecarga comunitaria Sobrecarga familiar	33
CAPITULO	VII	CONSIDERACIONES PSICODINAMICAS PARA EL TRATAMIENTO DEL PHARMA- CODEPENDIENTE. Modelo de manejo psicoterapéutico en adolescentes farmacodependientes Modelo de manejo terapéutico	38
CAPITULO	VIII	NARCOTICOS Nombres populares Identificación de las drogas Identificación del usuario	44

CAPITULO	IX	ESTIMULANTES, DEPRESORES, TRANQUILIZANTES, ALUCINO- GENOS E INHALANTES.	51
		Depresores	54
		Tranquilizantes	56
		Alucinogenos	58
		Inhalantes	62
CAPITULO	X	¿COMO PREVENIR LA FARMACO-- DEPENDENCIA?.	64
CAPITULO	XI	TRATAMIENTO Y REHABILITACION.	67
CAPITULO	XII	LISTAS DE INSTITUCIONES EN - LA REPUBLICA MEXICANA RELACIONADAS CON LA FARMACO- DEPENDENCIA.	69
		Centros en el area metropolitana	
		Centros en el interior de la república	
		Otros centros asistenciales	
		Interior de la república	
CAPITULO	XIII	CASOS CLINICOS ESPECIFICOS Centro Médico La Raza Hospital Psiquiá trico	76

Centro de Integración Juvenil Dakota
Centro de Integración Juvenil Norte
Centro de Integración Juvenil Cuautemoc

CONCLUSIONES

II6

BIBLIOGRAFIA

II8

I

DOLOR

Aspectos Generales.

Concepto.

Es una sensación de agresión a la economía en que hay destrucción de cualquier célula, producido por agentes de diferente índole. Siguiendo una transmisión nerviosa que es mediada por procesos bioquímicos enzimáticos llegando hasta corteza cerebral, es decir, se hace consciente y se da una respuesta adecuada.

Vía del dolor.

Las fibras espinotalámicas y espinoreticulotalámicas - conducen las sensibilidades: dolorosa, térmica y táctil, que provienen de los receptores sensoriales específicos, situados en las tegumentas, mucosas e interior de los músculos y paredes viscerales.

Las fibras que conducen la sensibilidad dolorosa de tipo difuso son muy delgadas y cortas, con múltiples sinapsis al ascender al tálamo óptico. Las fibras conductoras de sensación dolorosa bien definida y localizada son más gruesas, mielinizadas y poco numerosas, las sinapsis hasta el tálamo-óptico. Ambas vías tienen separación de región bulbar.

Las que conducen el dolor localizado terminan en el nu

cleo pósterior ventral del tálamo. Las que conducen la sensibilidad dolorosa difusa terminan en los núcleos intralaminares del tálamo óptico. Estos núcleos son constituyentes del sistema del despertamiento y del sueño.

De tálamo óptico llegan a corteza cerebral, haciéndose consciente el dolor. (Fig.1)

Dolor visceral.

Es transmitido por fibras específicas del dolor que siguen a las fibras del simpático en la columna torácica, y a las parasimpáticas por arriba y por abajo de la columna torácica, para unirse a las fibras que llevan el dolor de piel y muscular a la altura de las raíces posteriores y llegar a ser sinapsis con el ganglio sensitivo. (Fig.2)

Dolor referido o profundo.

Es el mismo dolor visceral que se refiere en una superficie específica del cuerpo. Precisamente por lo referido en el párrafo anterior, es que las fibras viscerales y las musculares y de la piel tienen el mismo origen embrionario a nivel de su emergencia a los de la columna vertebral; yendo unas fibras de esos nervios raquídeos a las vísceras y otras a los músculos y a la piel. (Fig.3)

Un cálculo vesicular, retenido en el colédoco, con inflamación de ese conducto, se acusa dolor epigástrico y en región del hipocondrio derecho.

Un cálculo ureteral, mientras desciende, el dolor lo referimos a las regiones lumbar, a algún flanco o cara interna del muslo dependiendo la altura del cálculo. En ambos

ejemplos las fibras sensitivas del dolor de la vía biliar y la ureteral tuvieron el mismo origen que las que llevan el dolor de las regiones mencionadas.

Dolor musculoesqueletico.

Es el dolor localizado propiamente dicho en la superficie de la piel del sitio lesionado.

Así la mayor sensibilidad al dolor la podemos discriminar en orden de importancia: primero en piel, luego en perióstio y capsulas articulares, después en el parenquima muscular, al final el visceral que se refiere a la región inervada por la misma dermatoma. (Fig.4)

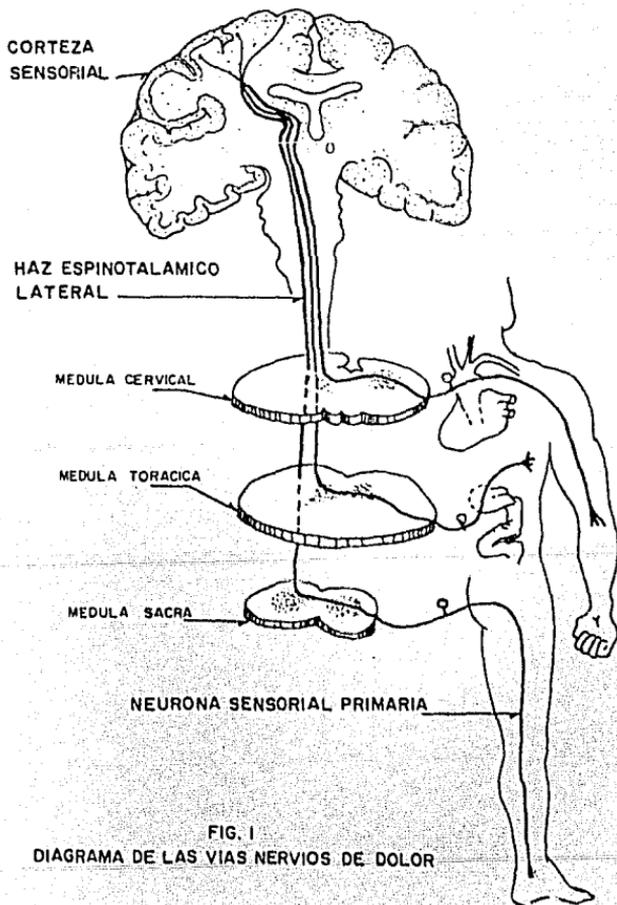


FIG. I
 DIAGRAMA DE LAS VIAS NERVIOS DE DOLOR

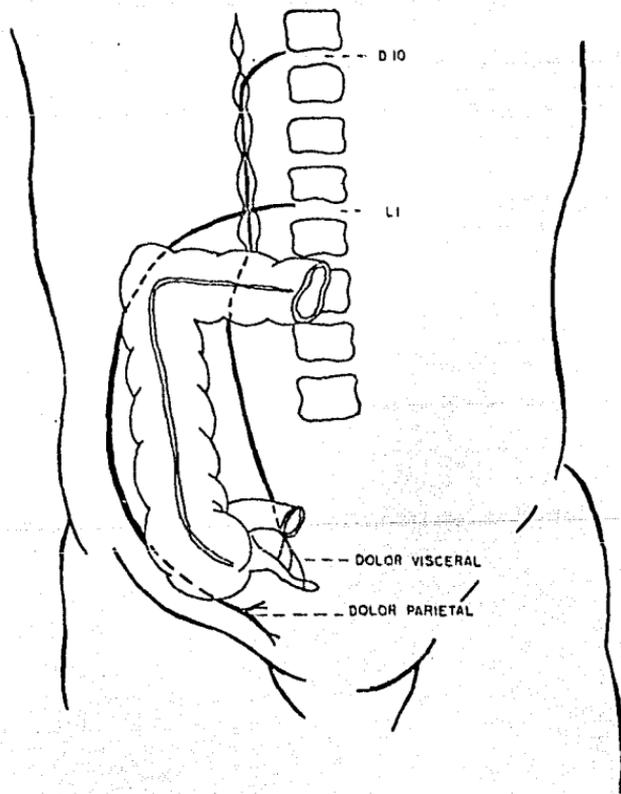


FIG. 2

DOBLE TRANSMISION DEL DOLOR PROCEDENTE DE
UN APENDICE INFLAMADO.

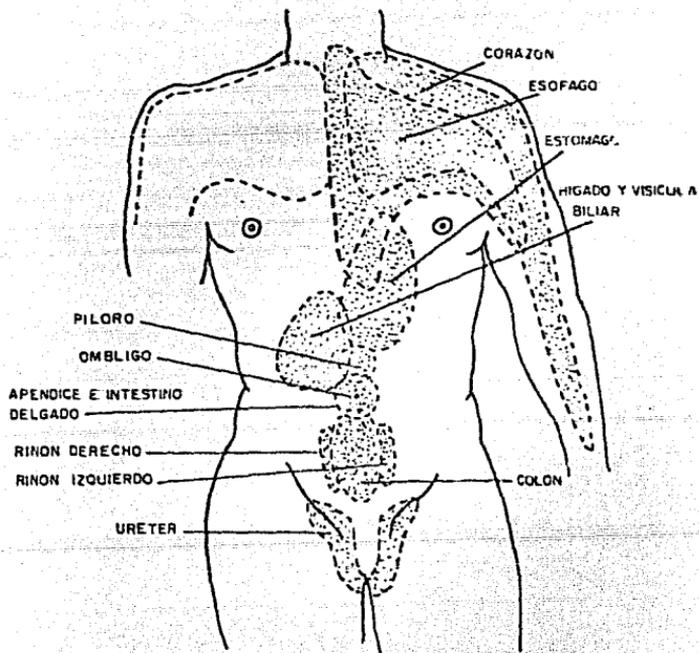


FIG. 3

ZONAS SUPERFICIALES DE DOLOR REFERIDO DEPENDIENTES DE DIVERSOS ORGANOS INTERNOS

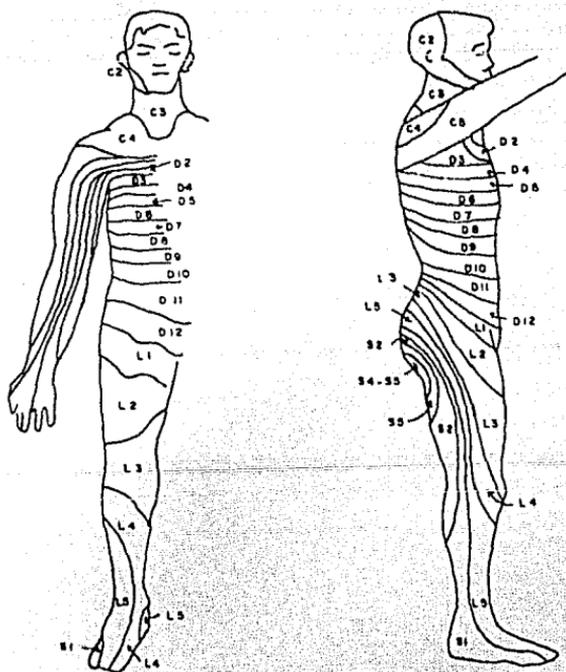


FIG. 4

CAMPOS SEGMENTARIOS DE SENSACION; LOS DERMATOMAS

II

ANALGESICOS.

Concepto.

Sustancias que mitigan, disminuyen y lisan el dolor, - son compuestos químicos que derivan de sustancias variadas y que mas adelante clasificaremos hablando de cada grupo en particular.

Clasificación.

Los analgésicos se dividen en dos grandes grupos: los no narcóticos y los narcóticos. A su vez hay varios subgrupos de cada uno de ellos.

Analgésicos no narcóticos o antipiréticos.

Mitigan el dolor ligero o moderado. También abaten la temperatura corporal elevada y reducen la inflamación de la artritis. Algunos tienen mayor poder antitérmico y muy pobre anti-inflamatorio otros la forma opuesta.

Este subgrupo lo forman principalmente la aspirina --- (ácido acetil salicílico y salicilatos), derivados del paraminofenol, derivados de la pirazolona, derivados de la quinolina.

Aspirina.

Es transformada rápidamente en el organismo en ácido -

salicilico. Son bien absorbidos en forma rápida y por completo en el estomago e intestino delgado superior. La mayor parte va a ser escretada en conjugados hidrosolubles por el riñón.

Efectos farmacológicos.

La acción importante de la aspirina para aliviar el dolor y reducir la inflamación se debe probablemente a una acción en el sitio de origen del dolor, mas que a una alteración para percibir el dolor por un efecto sobre el sistema nervioso central. Probablemente por vasodilatación.

Indicaciones o usos.

Como analgésico y anti-inflamatorio.

Dosis.

La usual	-----	0.6 gr	c/4-6 hs
Mínima	-----	0.3 gr	c/3-4 hs
Niños	-----	30-60 mg	c/4-6 hs.

Efectos colaterales.

Generalmente molestias epigástricas, agruras, irritación gástrica con ulceración y/o sangrado en raros casos.

Dosis mayor que las enunciadas provocan intoxicación (salicilismo), con tinitus de tono alto, vértigo y sordera reversibles. Hipertemia en contraste con el efecto de la dosis terapéutica. Sobre el sistema nervioso central, estimulación, depresión, rara vez agitación, confusión y convulsiones; mas raro estupor, alcalosis respiratoria y acidosis res

piratoria después; muy raro reacciones alérgicas de tipo anamático.

Contraindicaciones y precauciones.

Contraindicado en enfermos ulcerosos. Usarse con mucha precaución en menores de cinco años y mejor no usarse en menores de un año.

Derivados del paraaminofenol.

La fenacetina, el acetaminofenol este segundo es derivado de la primera y es el metabolito realmente activo. Un tercer compuesto es la acetanilida transformada también en acetaminofenol por el hígado.

Efectos farmacológicos.

Son semejantes a los de la aspirina, pero no son antiinflamatorios.

Indicaciones.

Como antipiréticos y analgésicos.

Efectos colaterales.

Pequeñas cantidades de acetanilida y fenacetina son convertidas en anilida y ectoxianilida y estas producir metahemoglobina.

No produce irritación gástrica y aunque las manifestaciones tóxicas son mas raras que en el caso de la aspirina, algunas son mas graves, como el daño a la célula hepática que en ocasiones a sido mortal.

Por uso crónico, anemia hemolítica y alteraciones renales severas y aun mortales, incluyendo carcinogénesis de polvis renal y vegiga.

Dosis.

La usual	-----	0.6 gr	c/4-6	hs
Mínima	-----	0.3 gr	c/3-4	hs
Niños	-----	30-60 mg	c/4-6	hs.

Con precauciones en niños menores de cinco años y no usarse en niños menores de un año. Eliminación vía renal -- son acidificantes de la orina.

Derivados de la pirazolona.

Fenilbutazona y antipirina.

Efectos farmacológicos.

La antipirina es la mas antigua, la menos tóxica y la menos usada en relación con la fenilbutazona, son analgésicos, antipiréticos y anti-inflamatorios.

Indicaciones.

Se usan mas como agentes anti-inflamatorios y analgésicos, por tener mayor potencia farmacológica que la aspirina, como en artritis, espondilitis, tromboflebitis, y artritis gotosa aguda.

Dosis.

Antipirina ----- 0.3 a 0.6 gr c/4-6 hs

Fenilbutazona ----- 300 a 600 mgs por día.

Efectos colaterales.

Antipirina: erupción eritomatosa alérgica mas frecuentemente alrededor de la boca, dejando areas pigmentadas cuando desaparecen.

Fenilbutazona: retención de sodio y edema, boca seca, -nauseas y vómito, ulceración gástrica, rara vez agranulocitosis.

Reacción leucemóide; y por uso crónico se ha asociado a incidencia de leucemia aguda.

Este medicamento se debe descontinuar, si no se observa mejoría en cuatro o cinco días.

Dos derivados mas como aminopirina y dinirona, no tienen justificación para su empleo.

Contraindicaciones.

No usarse en ulcerosos y en menores.

Derivados de la quinolina.

Quinina: no debe usarse en la actualidad como analgésico.

Ultimamente se han incluido analgésicos antipiréticos- que también son acidos orgánicos, tales son: el ibuprofén, -naproxen, acido mefenámico y la indometacina. Todavía no se justifica su uso por no ser mas efectivos que la aspirina y- por su alto costo.

Analgésicos narcóticos.

Se usan cuando los analgésicos no narcóticos no mitigan el dolor. Son mas usados en procesos dolorosos intensos en ocasiones en primer lugar que en otros medicamentos indicados para la enfermedad fundamental.

Los principales narcóticos empleados son: la morfina, la codeína y otros alcaloides derivados del opio.

Todos son derivados del opio pero de la morfina se puede obtener codeína y también puede transformarse en heroína.

La clasificación farmacológica está dada por la capacidad del narcótico para yugular el dolor intenso, propiedad que está correlacionada con el riesgo de la adicción. Estos es mientras mas efectivo es un narcótico contra el dolor mayor riesgo de adicción.

De los alcaloides que se encuentran en el opio pertenecen a dos clases clinicas generales: los alcaloides de la --benzoisquinolina y los derivados del fenantreno.

Los del primer grupo no son narcóticos ni analgésicos como la papaverina que es un relajante del musculo liso o vasodilatador.

Los del segundo grupo si son analgésicos narcóticos, -- sus estructuras son de un sistema tricíclico al cual se le pueden hacer cambios en sus cadenas laterales y convertirse en diferentes analgésicos.

La metilmorfina (codeína).

Al quedar convertida en una oxicodeona puede ser mas potente farmacológicamente que la codeína. Mediante otros cambios químicos pueden ser convertidos en morfona o codona.

La heroína (diacetilmorfina).

Se rápidamente transformada en morfina por hidrólisis en el encéfalo y en el hígado.

Se ha tratado de sintetizar compuestos similares con mayor efecto analgésico y menor efecto adictivo; uno de ellos es la metadona, otro igual a ésta es el propoxifeno (el darvón). Los cuales se usan frecuentemente con receta simple, no es necesario recetario de narcóticos.

Meperidina (demerol).

El primero de los analgésicos sintéticos. Mas usado que la codeína, siendo mayor su potencia analgésica y por lo tanto se presta para mayor abuso que aquélla.

El difenoxilato.

Es un análogo mas débil de la meperidina mezclado con atropina (lomotil) es usado como antidiarreico.

Morfinaos.

Algunos de éstos son sintéticos y usados no como analgésicos, les han eliminado su efecto analgésico y adictivo y se usa como antitusígenos, como el metorfán y dextrometorfán.

Benzomorfanos.

Un miembro de este grupo, la fenazocina (prinadol), existe como sustituto de la morfina. Uno de los mas usados de este grupo es la pentazocina (tawin), medicamento con propiedades mixtas agonistas (analgésico) y antagonista.

Efectos farmacológicos.

Mecanismos de acción: los efectos de la morfina y medicamentos relacionados se deben a una mezcla de depresión de algunas funciones específicas del sistema nervioso central y estimulación de otras, así como de simpaticomiméticas y para simpaticomiméticas.

Efectos.

1. **Analgesia:** el efecto farmacológico esencial de los analgésicos fuertes es el de mitigar el dolor con dosis pequeñas, sin causar depresión del sistema nervioso central, ni sedación, tampoco depresión respiratoria.

Se dice que el dolor esencialmente afecta dos componentes: la sensación que llega al sistema nervioso central y la percepción del estímulo, esto es, la elaboración (psíquica) y la reacción individuales. La morfina altera el segundo de estos procesos, de manera que el paciente puede reportar que el dolor puede estar presente, pero menos penoso.

2. **Sobre la conducta:** se dice que provoca euforia, pero si se dan a un sujeto que no ha experimentado previamente dolor, la morfina y la codeína producen una reacción subjetivamente desagradable. En presencia de dolor o temor, el alivio de la angustia y de los sentimientos agresivos pueden ser suficientemente placenteros para provocar el deseo de que se repita la experiencia.

3. **Dosis terapéutica:** tienen efecto sedante mínimo, estando el paciente quieto pero receptivo y funcional. Dosis crecientemente mayores; producen sueño, de este sueño puede ser despertado fácilmente. Las dosis muy grandes indu

cen, coma.

La excitación rara vez ocurre en seres humanos a menos que se use una combinación de medicamentos.

4. Respiratorios: disminuye la reactividad a las contaminaciones de CO_2 en el aire inspirado, esto es por depresión del centro respiratorio, que con dosis mayores puede llegar a la respiración lenta y superficial y aún a la depresión total.

5. Sobre otras áreas del sistema nervioso central: pueden provocar náuseas y vómito, estimulando una zona quimiorreceptora de disparo del bulbo. Después de la estimulación inicial, el centro del vómito se deprime, de manera que no se presenta vómito con dosis espaciadas por cortos intervalos. La tos es suprimida por los analgésicos narcóticos.

6. Sobre el aparato circulatorio: la piel está caliente y enrojecida. La frecuencia no retarda con grandes dosis. Puede ocurrir hipotensión postural con mareo o desvanecimiento con dosis terapéutica, si el paciente se levanta subitamente o si se estudia en una mesa inclinada.

7. Sobre las vías biliares: el músculo liso de las vías biliares, incluyendo el esfínter de Oddi, es estimulado por algunos agudamentos, produciendo un espasmo intenso.

8. Sobre el tamaño pupilar: produce miosis, esto es de importancia práctica para reconocer la intoxicación por narcóticos.

9. Tolerancia y dependencia física: a medida que se adquiere la tolerancia, se deben administrar dosis cada vez más grandes para lograr el mismo efecto. La dependencia física existe cuando la administración del medicamento debe

continuarse para mantener el funcionamiento normal, esto es para prevenir el síndrome de abstinencia.

Absorción, metabolismo y excreción.

Todos los opiáceos y equivalentes sintéticos son bien absorbidos en los sitios de la inyección. Por vía oral su acción es retardada y se requieren dosis mayores. Son inactivados en hígado en su mayor parte. Se excreta por orina; una pequeña fracción (10%) es excretada por las heces después de salir de la bilis.

Indicaciones.

Alivio del dolor: la morfina o uno de los sucedáneos pueden aliviar el dolor independientemente de su naturaleza.

Los dolores agudos aislados son suprimidos con menor efectividad que el dolor constante. El dolor de un traumatismo, del infarto del miocardio, del cálculo biliar o ureteral, de la inflamación, infiltración o presión, un neoplasma, etc, son ejemplos de situaciones en las cuales se usa un analgésico narcótico.

La morfina es el medicamento de primera elección en el tratamiento del edema pulmonar agudo.

Efectos colaterales.

Los medicamentos mas potentes causan efectos colaterales mas intensos. Los mas débiles pero dados crónicamente los producen con mayor frecuencia.

Sobre la conducta pueden causar angustia, letargo, o confusión. Los agentes como la codeína o propoxifeno poseen

propiedades excitantes que pueden causar inquietud, estimulación e hiperactividad.

Producen nauseas, vómito y constipación intestinal, -- que fueron mencionados antes. Retención urinaria, prurito, urticaria por liberarse histamina después de la inyección -- mas que por su administración. Hipotensión postural, depresión respiratoria ya mencionada antes.

Intoxicación aguda.

Se observa después de ingestión accidental o suicida -- de la medicación prescrita y después proporcionan la mayor -- parte de los casos observados. Depresión respiratoria superficial lenta e irregular, hipotensión moderada, pulso retardado, hasta que sobreviene la taquicardia del choque, con-- tracción pupilar (miosis).

Tolerancia.

Esta se adquiere mas rápidamente y en grado mucho ma-- yor que la tolerancia a otros medicamentos sujetos al abuso.

La tolerancia se adquiere para todos los efectos anteriormente referidos, excepto para constipación intestinal y constricción pupilar. Así requieren dosis cada vez mayores para lograr el mismo efecto, llegando tolerar muchos múlti-- plos de las dosis letales usuales. En la situación terapéu-- tica, si el dolor constante e intenso obliga a la administra-- ción de los narcóticos e intervalos de cuatro a cinco horas-- el efecto analgésico puede decrecer en pocos días. Si el in-- tervalo entre las dosis terapéuticas se alarga, como adminis-- trarlo dos veces al día, la tolerancia puede aparecer des--

pués de varias semanas.

Dependencia física y abstinencia.

Paralelamente a la adquisición a la tolerancia e independientemente a la dependencia psicológica, el organismo adquiere la necesidad de la administración continuada del narcótico.

El comienzo del síndrome de abstinencia sigue a la última dosis después de un intervalo que varía con la cantidad de narcótico usada y con el compuesto específico empleado.

Aparece después de la administración continua abruptamente descontinuado. En el caso de la morfina o heroína, -- los síntomas aparecen ocho o diez y seis horas después de -- las dosis final y aumentan de intensidad por cuarenta y ocho a setenta y dos horas; después de lo cual los síntomas lentamente declinan. El mecanismo subyacente de la tolerancia y del síndrome de abstinencia no se conoce.

Los signos y síntomas se pueden ordenar como sigue:

1. Hiperactividad autonómica; efectos simpáticos, lagrimeo, rinorrea, sudación, piloerección (carne de gallina), pupilas dilatadas, presión sanguínea y frecuencia del pulso elevados e hiperpirexia. Efectos parasimpáticos: emesis, dolor abdominal y diarrea.

2. Hiperexcitabilidad del comportamiento, angustia, inquietud, bostezos, temblor, insomnio.

3. Dolores musculares y de las articulaciones.

4. Angustia que no se debe a la abstinencia física, -- sino a que el acto compulsivo no se realiza. Es lo mismo -- que ocurre con el fumar cigarrillos, la glotonería u otra --

compulsión, siendo el problema terapéuticamente importante - en el tratamiento del abuso de la heroína.

Patrones y efectos del mal uso.

Los narcóticos pueden ser consumidos inyectados, ingeridos o fumados. Un individuo puede consumir dosis únicas - esporádicamente y otro puede usarlas compulsivamente cuatro o mas veces por día. El que lo hace esporádicamente puede estar afectado en su conducta social general, el compulsivo pierde interes en todo excepto en la necesidad de mantener su hábito lo que a menudo lo empuja hacia la actividad criminal. Es esta actividad criminal asociada mas que cualquier acción inherente a la que es dañina para la sociedad y para el individuo.

Contraindicaciones y precauciones.

En los traumatismos craneoencefálicos no deben aplicarse analgésicos narcóticos, por la depresión del centro respiratorio, retención de CO_2 , vasodilatación intracraneal e incrementos de la presión, todo unido al traumatismo agrava la lesión cerebral.

Para dolor crónico que dan algunos padecimientos (estados terminales del cáncer), se usa el agente menos potente, a la mínima dosis, a intervalos lo mas largos posible. El dolor de la migraña o artritis que ocurren durante varios - pueden tratarse con codeína virtualmente exenta del riesgo de adicción a menos que previamente se haya tenido experiencia con narcóticos mas potentes, en el caso definitivamente no deberán usarse los narcóticos ni en otros padecimientos -

pulmonares como corpulmonares, enfisema, xifosis, escoliosis u otros padecimientos donde no exista reserva respiratoria y la mas ligera depresión adicional puede provocar la descompensación respiratoria.

No se usarán narcóticos en hepatopatías, sobre todo en presencia de cirrosis acompañada de encefalopatía, ictericia o ascitis. La administración de un opiáceo puede precipitar el coma.

Los hipotiroideos son mayormente sensibles a los narcóticos.

Combinación con otros medicamentos.

Los efectos de los sedantes hipnóticos (ya sean barbitúricos, alcohol u otros), son aditivos a los del narcótico.

Con los antipsicóticos, la sedación aumenta considerablemente sin incrementar la depresión respiratoria.

ANALGÉSICOS MARCÓTICOS: DOSIFICACIÓN Y PREPARACIONES EXISTENTES

DE POTENCIA MÁXIMA	DOSIS		PREPARACIONES EXISTENTES
	SUBCUT [®]	ORAL	
MORFINA	8 - 15 mg		TABLETAS HÍPODÉRMICAS DE 8,10,15 y 30 mg INYECTABLE (SUBCUT, IM, IV), 9,10,15 y 30 mg/ml
HEROINA			
HIIDROMORFONA (DIHORO- MORFINONA, DILAUDID [®])	2 mg	2 mg	TABLETAS HÍPODÉRMICAS DE 1,2,3 y 4 mg SUPOSITORIOS DE 3 mg CLORHIDRATO INYECTABLE (SUBCUT, IM, IV), 2,3 y 4 mg, AMPOLLETAS DE 1 ml y JERINGA DESECHABLE DE 2 ml, SUCRATO, mg/ml, FRASCOS DE 10 y 20 ml
OXIMORFONA (NUMORPHAN [®])	15 mg		INYECTABLE (SUBCUT, IM, IV), mg/ml, AMPOLLETAS DE 1 y 15 ml y FRASCOS DE 15 ml, 15 mg/ml, AMPOLLETAS DE 1 y 2 ml y FRASCOS DE 10 ml
LEVORFANOL (LEVO- DROMORAN [®])	2 mg	2 mg	TABLETAS DE 2 mg INYECTABLE (SUBCUT, IM, IV), 2 mg/ml, 1 ml
FENAZOCINA (PRNADOL [®])	2 mg (ml)		INYECTABLE (IM, IV), 2 mg/ml, AMPOLLETAS DE 1 ml (1 ml), 2 mg/ml, FRASCOS DE 10 ml
DE POTENCIA INTERMEDIA MEPERIDINA (DEMEROL [®] , OTROS NOMBRES)	75-100 mg (1 ml)	75-100 mg	TABLETAS DE 50 y 100 mg ELIXIR, 50 mg/5 ml INYECTABLE (SUBCUT, IM, IV), 50 mg/ml, 0,5, 1, 1,5, 2, 3 y 30 ml, 100 mg/ml, 1, 2 y 30 ml; 50, 75 y 100 mg, JERINGAS DESECHABLES DE 1 y 2 ml
ALFAPROXONA (MORFENTIL [®])	40-60 mg		INYECTABLE (SUBCUT, IM, IV), 40 mg/ml, 1 y 10 ml, 60 mg/ml, 1 ml
ANILERIDINA (LENTINE [®])	25-50 mg	25-50 mg	TABLETAS DE 50 mg INYECTABLE (SUBCUT, IM o IV), 25 mg/ml, 1, 2 y 30 ml
PIMNOXINA (ALVIXONE [®])	10-20 mg	25-50 mg	TABLETAS DE 50 mg INYECTABLE (SUBCUT, IM o IV), 20 mg/ml, AMPOLLETAS DE 1 ml
PENTAZOCINA (TALWIN [®])	30 mg	50 mg	TABLETAS DE 30 mg INYECTABLE (SUBCUT, IM, IV), 30 mg/ml, 1, 1,5, 2 y 10 ml
DIDROCODEMUNA (EN- HYCODAN [®]) OXICODONA (EN PERCODAN [®])			
DE POTENCIA MÍNIMA CODEINA	30-65 mg	30-65 mg	TABLETAS HÍPODÉRMICAS DE 8,10, 32 y 65 mg POGATO INYECTABLE (SUBCUT, IM, IV), 32 mg/ml, AMPOLLETAS DE 1 ml y FRASCOS DE 20 ml/32 y 65 mg, JERINGAS DESECHABLES DE 1 ml
DIDROCODEMUNA (PARACODIN [®])	65 mg	65 mg	

Narcóticos potentes.

Morfina: subcutanea optima 10 mg, intravenosa (situación de urgencia) de 4 a 8 mg, oral 8 a 20 mg.

Heroína: acción inmediata por vía intravenosa debido a su mal uso ha sido puesta fuera de la ley como agente terapéutico en todos los países.

Hidromorfona: tiene un efecto con duración menor que la morfina y puede causar menor sedación.

Oxímorfona: es mas potente que la morfina, pero provoca mas euforia, nauseas y vómito.

Hevarfanol: similar a la morfina.

Tenazocina: produce mayor depresión respiratoria que la morfina.

De potencia intermedia.

Meperidina: mas potente que la codeína, pero menos que la morfina. Su efecto tiene duración menor a la de la morfina. Dos horas en lugar de cuatro que tiene esta última.

Oxicodona: ha sido usada en mezclas patentadas, acción semejante a la meperidina.

Alfaprodina, anelidina y pimnodina: son equivalentes a la meperidina pero su acción es mas breve.

De menor notencia-

Codeína: Es el mas frecuente-ente usado, cuando se necesitan los narcóticos, el tratamiento debe comenzar con este analgésico débil y limitarse a él. La adicción es rara.

Excitación con dosis mayores y puede causar convulsiones en los niños. La depresión respiratoria es despreciable.

Dihidrocodeína: se usa en dosis mas pequeñas que la codeína, tiene el mismo efecto.

Propoxifeno: se considera un narcótico débil, se sugiere su uso para tratar los síndromes de abstinencia de la heroína y como sustitutivo en terapia de mantenimiento.

En mezcla con la aspirina se potencializa la acción -- analgésica y se usan menores dosis.

La euforia, la inquietud ("aceleración") sus efectos - primarios mas que colaterales. Los colaterales son: nauseas, mareo o ligereza de cabeza. Los efectos tóxicos, agudos por sobre dosis son convulsiones, depresión respiratoria y coma.

Riesgo de adicción de este mismo producto: puede tener cierto riesgo debido al efecto estimulante sobre el sistema-nervioso central, éste es placentero para algunas gentes pero en realidad no causa adicción.

Antagonistas de los narcóticos.

Los principales son: la naloxona, la nalfina y el levallorfan (nalfina pentazocina).

Si cualquiera de los analgésicos narcóticos, natural o sintético está actuando, los antagonistas terminan inmediatamente con el efecto. Es por acción competitiva con el consiguiente desplazamiento del narcótico en el receptor. Tienen efectos semejante a los de la morfina, pero el abuso no es un problema porque las dosis mayores producen sensaciones -- subjetivamente desagradables o psicosis tóxica. La nalfina y el levallorfan, ni con dosis grandes causan el mismo grado de depresión respiratoria y analgésica de la morfina. La naloxona carece de cualquier acción semejante a la que produce la morfina. Es una pentazocina modificada.

Se puede usar para producir anestesia comparable a la morfina. Todos los efectos depresores de los opiáceos son inmediatamente revertidos, los efectos estimulantes (excitación y convulsiones) no se modifican. El síndrome de abstinencia es prontamente inducido.

Usos clínicos.

a) Tratamiento del envenenamiento agudo por los narcóticos: la naloxona es un antagonista puro a diferencia de la nalfina o del levallorfan. Tiene efectos antagonistas morfínicos. No se suma a la depresión respiratoria por barbiturato u otro depresor. Debiera remplazar a los medicamentos. Puede administrarse intravenosa o intramuscular a dosis de cero punto cuatro miligramos.

b) Como analgésicos no aditivos, deberán ser analgésicos

cos efectivos, pero los primeros antagonistas producen discoria y alteraciones de la percepción muy intensas.

La pentazocina, es analgésico de potencia baja o intermedia y antagonista débil de los narcóticos. Alivia parcialmente a un síndrome de abstinencia benigno, cuando se descontinúa, puede causar mareo, distracción de la percepción visual y alucinaciones.

III

ESTIMULANTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

Anfetaminas.

Los mayormente empleados son las anfetaminas, derivados de la efedrina en el grupo de los simpaticomiméticos.

Las anfetaminas son selectivamente más potentes como estimulantes del sistema nervioso central con menor actividad en funciones cardiovasculares. Esta acción estimulante, esta aparejada con efecto anorexígeno, por lo que se emplea frecuentemente unida a otros medicamentos para baja de peso en casos de obesidad.

Tiene acción euforígena por lo que se hace mal uso de este medicamento, ya que la euforia que produce es constante en las personas normales más que con la morfina o el nentobarbital.

Se dice que mejora la ejecución psicomotora sobre todo en estados de fatiga. No así la concentración del aprendizaje por lo que no debe usarse con este fin. Es en edad de la escuela secundaria en que se observa los problemas del abuso.

Efectos colaterales.

Ansiedad, taquicardia, boca seca, alteraciones en los hábitos del sueño. La toxicidad aguda de las anfetaminas es baja, la dosis letal es de varios gramos. Las muertes comunicadas se deben a enfermedades coexistentes o complicaciones.

La intoxicación crónica por uso continuo de grandes dosis produce periodos largos de vigilia y pérdida de peso.

Varios depresores, especialmente barbitúricos, la marihuana, la heroína y el alcohol son usados frecuentemente por los consumidores crónicos de anfetaminas para "apagar" el efecto.

Pueden llegar a causar lo que se llama psicosis tóxica, angustia, inquietud, sensaciones despersonalizantes, puede llegar a la esquizofrenia paranoide con alucinaciones visuales y auditivas. En tales casos se utiliza como tratamiento adecuado algún barbitúrico.

Por aplicación intra venosa el riesgo de adquirir un patrón compulsivo es mayor, debido que al inyectarse presenta un impetu orgásmico.

IV

SEDANTES HIPNOTICOS.

Estos medicamentos se usan frecuentemente para inducir el sueño o el alivio sintomático de la angustia. La aplicación del término "tranquilizador" a conducido a confusión -- adicional.

Es conveniente hacer la división entre los productos - sedantes y los tranquilizantes.

1. Hipnóticos de acción corta.

Pentobarbital, secobarbital, hidratodecloral (betaclor) (chlortone), fluracepan (dalmano).

2. Hipnóticos de acción intermedia.

Amobarbital (amytal), y dos análogos de este como son: meprobamato (equanil), glutetimida (doriden), diazepam (valium).

3. Hipnóticos de acción prolongada.

Fenobarbital, clordiacépoído (librium), bromuros.

Los primeros en dosis gradualmente mayores producen se dación, excitación o desinhibición, hipnosis, anestesia gene ral hasta llegar a depresión bulbar y muerte. La administra ción de dosis no tóxicas pero en forma repetida o continuada,

son anticonvulsivos, habituales, producen síndrome de abstinencia y son depresores de la médula espinal.

Los tranquilizadores no causan anestesia general, la persona puede ser despertada aún después de grandes dosis.

Estos tienen acción convulsivamente, no producen hábito. Se les usa para pacientes psicóticos y no para los angustiados.

Entre los sedantes hipnóticos más conocidos tenemos:

Los barbitúricos, los carbonatos, benzodiazepinas, bromuros, clorodiazepóxido.

Existen algunos productos usados con poca frecuencia en medicina; más bien se utiliza en la industria estos son:

Los éteres, hidrocarburos, ésteres y cetonas, usados en solventes incluyéndose a los inhalados deliberadamente por los "olores de pegamento" o producen depresión del sistema nervioso central, causan además algunos de ellos intoxicación crónica muy peligrosa, como el benceno que produce anemia aplásica, el tetracloruro de carbono es hepatotóxico y los destilados del petróleo causan neumonía química.

Todos los sedantes son equivalentes al alcohol en su efecto; que todos sus efectos se suman a los del alcohol y que estos persisten más de lo que se podría predecir.

Cruda: el efecto de los sedantes puede extenderse más allá del período que el sujeto juzgaba deseable. Después de una dosis a la hora de acostarse, el paciente se puede quedar a la mañana siguiente con sintoma mareado, letárgico (con sueño) o agotados, con sedantes de acción corta; los de acción prolongada acasionan más trastornos de este tipo.

El síndrome de abstinencia: no presenta después del --

abuso de un sedante de acción corta o intermedia en diez y -
ocho o veinte y cuatro horas. Y aumenta al máximo en dos o -
tres días. Cuando se retiran sedantes de acción prolongada,
el síndrome de abstinencia es raro.

FARMACODEPENDENCIA.

Factores desencadenantes.

La farmacodependencia, nombre técnico de la drogadicción, es un problema que afecta a toda la sociedad. Por ello su solución no puede seguir buscándose en la acción de pequeños grupos de especialistas. Para combatir la farmacodependencia se requiere de la participación activa y consciente de aquellas personas que diariamente entran en contacto directo con este problema: los padres de familia, los médicos, los maestros, las enfermeras, los sacerdotes, los abogados y los policías.

La farmacodependencia constituye un fenómeno sumamente complejo, donde intervienen factores sociales e individuales.

De hecho, siempre debemos tener en mente que en cualquier caso de farmacodependencia está determinado por tres unidades: la droga misma y sus efectos; la persona farmacodependiente, con todas sus características físicas y psicológicas y el medio ambiente, es decir, el tipo de sociedad donde se produce la farmacodependencia.

Además la farmacodependencia es un problema que no respecta edades ni clases sociales. Lo mismo afecta a jóvenes que adultos, a pobres que a ricos. Por supuesto que cada grupo de edad y cada clase social consume ciertas drogas de preferencia. Siendo las situaciones de abuso y los efectos-

diferentes. Sin duda, es en los jóvenes donde la farmacodependencia adquiere su carácter más dramático.

Por otra parte, el número de fármacos de abuso es muy grande y tiende a aumentar. Entre ellos se encuentran tanto compuestos naturales como sustancias sintéticas, algunos son productos ilícitos; otros son medicamentos que pueden adquirirse en cualquier farmacia. De hecho, muchos casos de farmacodependencia se inicia a raíz de la prescripción de un medicamento por parte del médico.

Las motivaciones para consumir drogas también varían ampliamente. Entre los jóvenes la farmacodependencia puede ser una forma de experimentar sensaciones nuevas, de pertenecer a un grupo, de manifestar rebeldía, de estimularse para poder preparar los exámenes o simplemente de combatir el ocio.

Otras personas usan drogas para no sentir hambre y poder reducir de peso. Otras más emplean medicamentos para disminuir la angustia. Muchos necesitan consumir drogas para dormir, para despertar, para trabajar, para descansar, en fin, para hacer frente a las exigencias cotidianas de la vida.

Por último debemos considerar las situaciones sociales que propician la farmacodependencia. En primer lugar se encuentran la incompreensión, la desconfianza y la falta de oportunidades para los jóvenes. En segundo lugar tenemos a las grandes tensiones que produce la vida moderna. En tercer lugar está la penetrante propaganda de las compañías farmacéuticas que presentan sus productos como la solución de todos los problemas de la vida, con el fin de que se vendan

en forma masiva.

Vemos, pues que la farmacodependencia es un fenómeno - muy complejo. Para combatirlo es indispensable conocerlo.

Un primer nivel de conocimiento consiste en saber cómo son las drogas y cuál es la forma de reconocer a un farmacodependiente. Debemos aclarar, sin embargo, que la identificación definitiva de un fármaco de abuso sólo puede ser realizado en un laboratorio químico bien equipado. Además el diagnóstico autorizado de que una persona se encuentra bajo la influencia de una droga sólo puede ser emitido por un médico. Pero nosotros podemos contribuir decisivamente a dar el primer paso en el reconocimiento, para ayudar así a la persona farmacodependiente. Una vez hecho el reconocimiento, debemos saber que hacer con esa persona, qué tipo de medidas de primeros auxilios realizar si se encuentra intoxicada, hacia dónde llevarla para ser tratada, cómo enfrentar al problema, cómo prevenir la farmacodependencia, etc. No debemos olvidar que el farmacodependiente no es un delincuente; sino una persona, que en ocasiones se encuentra enferma y que en la mayoría de los casos sólo desea experimentar los efectos de una droga.

Definiciones.

La organización mundial de la salud ofrece la siguiente definición de la farmacodependencia, que es la que se acepta en casi todos los países: "es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces, para evitar el malestar producido por la privación".

En primer término la definición establece que para que exista farmacodependencia, es necesario que un ser vivo entre en contacto con un fármaco. Necesitamos, por lo tanto, conocer lo que se entiende por fármaco.

La organización mundial de la salud dice: "droga o fármaco es toda sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar uno o mas de sus funciones". Es decir, un fármaco es una sustancia ajena al organismo que al entrar en él altera alguna de sus funciones normales.

Dependencia física o adicción.

"Es un efecto de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos mas o menos intensos cuando se suspende bruscamente la droga". Esto significa que cuando existe dependencia física, el organismo se acostumbra a la droga y la necesita para vivir. Entonces si bruscamente se deja de tomar, ocurren trastornos fisiológicos, como alteraciones en la frecuencia cardiaca, en la presión arterial y en la respiración, sudoración, delirios, convulsiones, pérdi

da de la conciencia etc. Todos estos trastornos fisiológicos producidos al suspender bruscamente el fármaco que produce dependencia física, se conocen en conjunto como síndrome de abstinencia.

Dependencia psíquica o habituación.

"Es el uso compulsivo de una droga sin desarrollo de dependencia física, pero que implica también un grave peligro para el individuo". Es decir, en la dependencia psíquica no se producen trastornos fisiológicos al suspender bruscamente la droga, sin embargo, el individuo siente la necesidad de tomarla, necesidad que no puede reprimir. Este consumo compulsivo provoca alteraciones en la mente de la persona que varían según la droga.

Cualquiera de los dos tipos de dependencia a que nos hemos referido puede o no acompañarse de otro fenómeno llamado tolerancia.

Tolerancia.

"Es la adaptación del organismo a los efectos de la droga, lo que implica la necesidad de aumentar la dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud".

Por último es necesario conocer una definición más, la de abuso.

Abuso.

"Es el consumo de una droga en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatibles o sin relación con la terapéutica médica habitual".

VI

FACTORES FAMILIARES Y SOCIALES QUE INTERVIENEN EN LA FARMACO DEPENDENCIA.

La farmacodependencia es un fenómeno multideterminado por una triple carga: individual, familiar y comunitaria.

El individuo, incapaz de tolerar esta sobrecarga, recurre a la droga para alterar los órganos perceptivos, disminuyendo o alterando la cantidad y calidad de los estímulos, es decir, aligerando la sobrecarga.

Funcionamiento del aparato mental.

Consideramos que el aparato mental recibe estímulos -- (información) tanto del mundo interno del individuo como del mundo externo.

El aparato mental tiene capacidad para organizar estos estímulos y tomar una conducta (motora) encaminada a eliminar los estímulos nocivos y proporcionar satisfacción a las necesidades instintivas. Cuando ambos presentan una carga para el aparato mental, éste tiene que deshacerse de alguna manera de tales estímulos o es inundado por ellos. En el farmacodependiente hay tres fuentes de estímulos que representan una sobrecarga para el aparato mental; la comunidad, la familia y estímulos del mismo individuo.

Sobrecarga individual.

El farmacodependiente es un individuo inmaduro, depen-

diente, con alguna manifestación psicopatológica, con baja tolerancia a la frustración y al dolor psicológico (depresión, angustia, etc). Ser inmaduro significa poseer recursos y actitudes infantiles que representan una desventaja para resolver situaciones conflictivas. Ser dependiente implica que se espera que otras personas solucionen o ayuden a solucionar las necesidades y problemas personales. La baja tolerancia a la frustración y al dolor psicológico es fuente constante de malestar, ya que los estímulos dolorosos tolerables por las otras personas, para el farmacodependiente resultan de una intensidad excesiva.

Sobrecarga comunitaria.

La comunidad es fuente de estímulos nocivos o excesivos, podemos agruparlos de la siguiente manera:

1. Reducción del espacio vital: se sabe cada organismo vivo necesita de un espacio mínimo para desarrollar adecuadamente. Si este espacio se reduce hay alteraciones en el comportamiento. Es conocido que la farmacodependencia es un fenómeno de las sociedades, donde se da una significativa reducción del espacio vital, lo que implica situaciones de sobrecarga expresadas en forma de aumento de la agresividad.

2. Sobrecarga de estímulos emocionales: de estudios realizados en personas que viven en grandes ciudades se ha demostrado que la capacidad natural de cada ser humano para relacionarse con otros es numéricamente limitada, lo que representa una carga emocional.

3. Sobrecarga de información contradictoria: la comunidad produce pensamientos, normas y reglas contradictorias;

cuando el individuo no percibe conscientemente estas contradicciones, se somete a ellas, lo que representa una sobrecarga.

4. La comunidad produce insatisfacción: la comunidad no satisface las necesidades elementales de la clase baja, - crea falsas necesidades para las clases media y alta (necesidad de consumir artículos innecesarios) de tal manera que -- las tres clases sociales padecen de algún tipo de insatisfacción.

5. Sobrecarga de estímulos: la presencia de estímulos en cantidades excesivas, como el ruido, por ejemplo, representa una sobrecarga para el aparato mental.

6. Estímulos no naturales: la comunidad que fatigan - el aparato perceptivo. Mencionaremos, entre otros: smog, -- cargas eléctricas, ondas herztianas, reflejos del asfalto, - concreto, vidrios, brillos metálicos, etc.

Sobrecarga familiar.

Idealmente la familia es una estructura que satisface las necesidades del niño y lo protege de los estímulos nocivos. Cuando hay una falla en el funcionamiento de la familia, el individuo está a merced de los estímulos nocivos del ambiente o de los estímulos dolorosos del mundo interno del propio individuo. Describiremos algunas características de la familia del farmacodependiente.

1. Familia desintegrada: es frecuente que la familia esté desintegrada, sea porque haya muerto uno o ambos padres o porque estén divorciados o separados.

2. Cambio de roles: en las familias integradas cada -

miembro tiene un rol que cumplir. Cuando por cualquier motivo los roles están cambiados se produce confusión en el niño además de que puede existir desorganización o funcionamiento inadecuado. Por ejemplo la madre toma el papel del padre o la hija hace las funciones de la madre.

3. Falta de autoridad moral de los padres: cuando los padres por su comportamiento o por su trabajo tienen conductas deshonestas, pierden autoridad moral ante los hijos; lo que impide que puedan servir de guías y modelos.

4. Familias sin comunicación o con comunicación defectuosa: los padres para ayudar a sus hijos necesitan transmitirles sus valores, actitudes frente a la vida, modos de enfrentar situaciones existenciales, desarrollo de criterios, etc. Cuando no hay un ambiente favorable a la comunicación el niño crece sin haber tenido oportunidad de ejercitarse en todos estos problemas experimenta una sensación de confusión e impotencia. Cuando llega a la adolescencia; es la época cuando resulta necesario comenzar a ejercer funciones de ser humano independiente.

La comunicación es defectuosa cuando la actitud frente a la vida es diferente en cada uno de los padres o francamente contradictoria; también cuando las costumbres morales y religiosas y las ideas políticas son demasiado rígidas o conservadoras con respecto al ambiente en el que se mueve el joven.

5. Confusión para jerarquizar: es frecuente encontrar dificultad para jerarquizar los factores que favorecen el desarrollo de los jóvenes lo cual conduce a dificultad para crear prioridades en la solución de los problemas de la ado-

lescencia. Ejemplo: la excesiva importancia que dan los padres a aspectos externos como la ropa, el pelo, la limpieza, elevándolos al rango de factores proritarios.

6. Dificultad para marcar límites: los hay de tres tipos: a) padres que fijan límites excesivamente rígidos, b) inconsistentes: unas veces son rígidos en aspectos intrascendentes y otras permisivos en conductas dañinas para el adolescente, c) permiten libremente cualquier actividad de sus hijos, independientemente de que sea destructiva, deshonesto o errática.

7. Padres que favorecen la farmacodependencia: así como se ha descrito una madre esquizofrenizante, hay también padres que favorecen la farmacodependencia.

VII

CONSIDERACIONES PSICODINAMICAS PARA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CODEPENDIENTE.

Modelo de manejo psicoterapéutico
en adolescentes farmacodependientes.

Observaciones empíricas en el problema de la farmacodependen-
cia.

Se han hecho observaciones en el individuo, la droga, la familia y la comunidad. Del conocimiento y comprensión de estos cuatro elementos se obtiene una visión mas completa del problema de la farmacodependencia y del farmacodependiente.

Individuo.

El farmacodependiente es un individuo inmaduro, dependiente, que presenta algunos síntomas psicopatológicos; tiene baja tolerancia a la frustración, al dolor psicológico -- (angustia, depresión) y una incapacidad para manejar adecuadamente sus impulsos sexuales agresivos.

Droga.

La droga es usada por el farmacodependiente para producirse trastornos perceptivos, ya que al obtener este efecto deja de sentir o se modifica la percepción del dolor psicológico

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

gico (angustia, depresión), el dolor físico y la advertencia de la realidad frustrante. Además tiene la droga un significado simbólico; representa a una persona importante de la infancia de quien el naciente dependió.

Familia.

La familia del farmacodependiente muestra incapacidad para satisfacer adecuadamente las necesidades del individuo y no proporciona el ambiente adecuado para el desarrollo armónico de la personalidad por cualquiera de los siguientes factores:

- a) Cambio o confusión en el rol de cada uno de los miembros.
- b) Desintegración o desorganización física o funcional.
- c) Pérdida de autoridad moral de los padres.
- d) Comunicación defectuosa o deficiente.

La comunidad ha fallado al no proporcionar el medio adecuado para que sus miembros puedan desarrollar satisfactoriamente sus programas de vida. Ofrece las condiciones adecuadas para el tráfico de drogas y tiene a grupos con quienes se pueden intercambiar experiencias negativas, como la pandilla. La pandilla del farmacodependiente cumple las funciones, vicariantemente, de la familia.

Tratamiento integral.

El tratamiento integral es aquel que aborde simultáneamente al individuo, la familia, la droga y la comunidad.

A nivel individual se trata de promover la madurez y -

la independencia, aumentar la tolerancia a la frustración y la capacidad para percibir sensaciones displacenteras como angustia y depresión. Favorecer la expresión y control de los impulsos sexuales y agresivos. Desaparición a la droga; que el paciente se abstenga de usarla.

A la familia se le dará orientación para mejorar la comunicación entre sus miembros, ayudar a definir los roles de cada uno de ellos y restablecer la autoridad moral de los padres.

Modelo de manejo terapéutico.

Se ha diseñado una estrategia basada en la interacción de dos elementos, uno representado por una persona; el psiquiatra; el otro está constituido por un grupo de personas, las que participan en la labor terapéutica: psicólogo, trabajador social, padres, voluntarios, maestros, etc.

En una primera etapa la presencia de todos los miembros de la pareja terapéutica da oportunidad a que el paciente deposite en cada uno de ellos parte de él. En una segunda etapa el paciente actuará en cada uno de ellos su ambivalencia.

Para desarrollar esta estrategia el paciente necesita acudir cuatro veces por semana, en días y horas fijos, con cada una de las siguientes personas y actividades: con el psiquiatra a tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico, con el psicólogo a rehabilitación, con el voluntario para el sociodrama y una vez a la junta de comunidad terapéutica.

La familia asiste dos veces por semana; una con el trabajador social a grupo de orientación familiar y otra a la

junta de comunidad terapéutica.

La comunidad se trabaja a través de todos aquellos elementos que intervienen en el programa de rehabilitación como escuela, como institución laboral y con la pandilla.

Funciones del psiquiatra.

Significado simbólico: representa a la madre de quien el paciente va a depender. Por este motivo debe crear un ambiente de dependencia siendo constante, consistente, permisivo, no crítico e interesado.

Asociación libre: se encargará del tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico de orientación dinámica.

Deberá ayudar al paciente a que comprenda que la droga cumple una función, generalmente de ayuda en situaciones conflictivas que el enfermo no puede afrontar por sí mismo.

Explicará al paciente el significado simbólico que tiene la droga, habitualmente representa a alguna persona significativa en su vida.

Ayudará al paciente a reconocer y diferenciar sus emociones como la angustia, la depresión y a tratar de aumentar la capacidad para soportarlas.

Ayudará a reconocer los impulsos sexuales y facilitar la expresión de ellos.

Ayudará a tolerar cada vez más las situaciones frustrantes.

Ayudará a reconocer los impulsos agresivos y controlarlos.

Promoverá el cambio de dependencia de la droga hacia el psiquiatra, el equipo terapéutico y la institución. Esto

se logra comprometiéndose desde la primera entrevista a ayudar al paciente a resolver todo problema médico, legal o de estudio. Hará un contrato que firmará también el paciente.

Funciones del psicólogo.

Simbólicamente representa al padre, encargado de enseñar lo que las instituciones sociales exigen.

Cumplirá funciones de yo auxiliar, diseñará y realizará el programa de rehabilitación, deberá organizar y llevar a cabo la junta de comunidad terapéutica.

Funciones del trabajador social.

Simbólicamente representa a la realidad. Tiene a su cargo la orientación de los padres en el grupo de orientación familiar, que es un grupo formado por varios padres de farmacodependientes. La orientación consiste en recomendar que no se tomen actitudes punitivas o policíacas; ayudar a marcar límites al paciente y favorecer la comunicación entre los miembros de la familia y la definición de sus roles.

Función de los voluntarios.

Cuando el paciente deja de asistir a una cita, tratar de rescatarlo inmediatamente. También a los padres los rescatan cuando faltan.

Se encargan de promover dentro de la comunidad los recursos necesarios para la realización del programa de rehabilitación.

Llevar a cabo el sociodrama. Este consiste en representar con los pacientes algún problema social provocado por

ellos mismos.

Particularmente interesa representar a la pandilla, el sociodrama tiene la meta precisa de crear conciencia social y evitar en lo posible la actuación sociopática.

Cuando es posible, se trata de disolver la pandilla haciendo que acudan a tratamiento sus integrantes o se les invita a asistir a la institución y se les ayuda a cambiar de metas negativas a positivas.

VIII

NARCOTICOS

I. Nombres populares.

Droga, tocata, arpón, arponazo, nieve, polvo, polvo -- amargo, polvo blanco, barra blanca, dama blanca, papel, papelito, helena, heroica, eriotales, piquete, pericazo, banderilla, pasta, adormidera, ticata, amor, ahutaza, cura, ardor, lengüazo, cascara, achivia.

Usuarios.

Arponero, arponeado, tocatos, banderilleros, héroe, heroínmano, heros, morfinómano, morfino, vitán, morfo, nevato, gomero, viajero, drogado, curado, curita, padrecito, achicalado, yafenado, alinado, chivo, chunelas, jaino.

2. Identificación de las drogas.

Del opio, la morfina, la heroína y la codeína son las drogas más importantes del grupo conocido como estunefacientes. Son poderosos depresores del sistema nervioso.

El opio se obtiene de la adormidera o amapola. Es una planta de una altura entre 0.70 cm y 1.5 m que produce flores blancas de cuatro pétalos. Tiene una cabeza o cápsula - de forma ovalada que cuando está madura es de un tamaño intermedio entre una nuez y una naranja. En el interior de la cápsula se encuentra, además de las semillas, una sustancia-

masa de color blanco. Para extraerla, se hace una incisión en la cápsula. La sustancia se recoge en vasijas donde se endurece y toma un color café oscuro. Esto es el opio crudo. Tiene un olor fuerte parecido al amoníaco y un sabor amargo. Se envuelve en celofán para mantenerlo húmedo.

El opio preparado se obtiene del opio crudo mediante un proceso muy simple. Se presenta en forma de varas, planchas o barras de color café o dorado. Se fuma en pipas especiales y al quemarse desprende un olor característico. También puede ingerirse o inyectarse. Existen además preparaciones farmacéuticas de opio como la tintura alcanforada de opio llamada alixir paregórico, que se utiliza como medicamento contra la diarrea.

La morfina se extrae del opio mediante un sencillo procedimiento químico. La morfina base que así se obtiene se presenta como un polvo fino o en bloques. La morfina inyectada es de diez o veinte veces más potente que el opio ingerido.

La morfina es el analgésico más poderoso que se conoce, sin embargo como su uso provoca efectos indeseables y produce adicción, sólo se le emplea para tratar dolores extremadamente intensos resultantes de fracturas, quemaduras, intervenciones quirúrgicas, etc, así como para reducir el sufrimiento en las últimas fases de enfermedades fatales como el cáncer.

La heroína es un derivado de la morfina que se produce también mediante procedimientos químicos relativamente sencillos. Sus efectos son de cuatro o diez veces más poderosos que los de la morfina. En su forma pura es un polvo cristalino.

lino blanco tan fino que desaparece al frotarse contra la piel. Sin embargo, cuando su fabricación es imperfecta, resulta de color amarillento, rosado o café y de consistencia áspera. Cuando la heroína llega al mercado generalmente se encuentra muy adulterada, con azúcar u otras sustancias. Aunque puede ingerirse, lo más común es que se inhale después de calentarse o bien que se disuelva en agua y se inyecte. La heroína no se emplea en medicina y en la mayor parte de los países, el nuestro entre ellos, su uso es tan prohibido.

La codeína también se obtiene en su mayor parte de la morfina. Su poder adictivo es mucho menor que el de la droga anterior y debe tomarse en grandes cantidades y durante mucho tiempo para causar dependencia. Puede ingerirse o inyectarse. Se presenta en forma de polvo blanco o de tabletas. Como medicamento, la codeína se emplea extensamente en forma de jarabes y de tabletas para suprimir la tos. También se usa para aliviar el dolor, aunque sus efectos analgésicos son diez veces menores que los de la morfina.

3. Identificación del usuario.

El estupefaciente más usado por farmacodependientes es la heroína. La inhalación de heroína debe sospecharse cuando se encuentran cerillos quemados junto con papel de aluminio que tenga señas de haber sido expuesto a una flama, se observan rastros de un polvo blanco o café en el otro lado.

La inyección de heroína se sospecha cuando se encuentra una jeringa o un equivalente hecho en casa (como gotero con una aguja), además de una cuchara con el mango doblado,-

algodón y una liga para torniquete.

El adicto a la heroína se reconoce por la presencia de marcas de inyección, costras, cicatrices o decoloración de la piel en los antebrazos o en el pliegue interno del codo, principalmente; también en los tobillos, en el empeine o en las piernas.

Sin embargo las marcas de aguja por sí mismas no son una prueba de adicción a una droga, pues otras personas, como los diabéticos tienen razones legales para inyectarse con frecuencia. Por otra parte el heroínmano necesita buscar privacidad de cuatro a seis horas a fin de aplicarse otra inyección o realizar la inhalación.

El abuso de la morfina se sospecha también cuando hay huellas de inyecciones. Sin embargo, por estar estrictamente reglamentado su uso, los abusadores son por lo común personas con fácil acceso a lotes de morfina. A pesar de ello la morfina se encuentra también en el mercado ilícito en los tiempos de escases de la heroína.

La práctica de fumar opio muy raro en México, debe sospecharse ante la presencia de una pipa con una pequeña cavidad en un extremo, una lámpara para calentar el opio, una aguja y limpiadores de pipas.

El abuso de la codeína se sospecha al encontrar una cantidad exagerada de botellas vacías de jarabe para la tos producido a base de esta droga.

En terminos generales, el abuso de estas cuatro drogas hace que el usuario se vea somnoliento, apático, poco comunicativo, con un escaso interés en lo que ocurre a su alrededor y con poca capacidad para concentrarse. El usuario pue-

de simplemente sentarse y mirar extraviadamente hacia el espacio. Sus ojos pueden aparecer descoloridos y con pupilas muy pequeñas como puntos. En ocasiones se produce primero euforia y una sensación de desconexión con respecto al dolor y a las preocupaciones sociales. El hambre, la agresividad y los deseos sexuales están disminuidos. El usuario crónico pierde peso y se ve descuidado. Puede usar anteojos oscuros para ocultar sus pupilas y caritas de manga larga a fin de cubrir las huellas de la inyección. A veces las mangas están manchadas con sangre.

En particular la heroína produce una primera reacción emocional consistente en una alteración de las preocupaciones. Después sigue un estado de inactividad que se parece al estupor.

En dosis terapéutica la morfina produce efectos secundarios que incluyen náuseas y vómito, estreñimiento, comezón, sobre todo de la nariz, sensación de calor, pesadez de los miembros, rubor, constricción de las pupilas y depresión respiratoria.

La codeína produce primero una sensación de bienestar algunos usuarios se vuelven muy sociales y se sienten valientes. Con dosis mayores se vuelven solitarios y se desconectan del medio. Los efectos empiezan a la media hora de haber tomado la codeína y duran de ocho a diez y ocho horas.

Estas cuatro drogas producen dependencia psíquica y -- una gran dependencia física. Existe marcada tolerancia la que obliga al usuario a aumentar progresivamente las dosis.

El síndrome de abstinencia es uno de los más severos que se conocen.

Cuando se acerca la hora de consumir una nueva dosis, el usuario empieza a presentar el síndrome de abstinencia.

Cuando este es leve, se caracteriza por bostezos, ojos llorosos, flujo nasal, nerviosismo, ansiedad, comezón, dilatación de las pupilas y "carne de gallina". Cuando los síntomas son graves, se presentan insomnio, sudoración profusa, diarrea, náusea, contracciones musculares, fuertes dolores en la espalda y en las piernas, escalofríos, aumento de la respiración y de la presión sanguínea, fiebre y una sensación de desesperación y de obsesión por conseguir una dosis de la droga.

La intensidad del síndrome de abstinencia varía con el grado de dependencia física y con la cantidad de droga que se consume. Los síntomas empiezan a manifestarse entre ocho y doce horas después de la última dosis. Aumentan gradualmente en intensidad treinta y seis y setenta y dos horas. Posteriormente los síntomas disminuyen gradualmente en los próximos cinco a diez días, pero el insomnio, el nerviosismo y los dolores musculares persisten durante varias semanas.

El principal peligro que ocurre en el abusador de estas drogas es el de una sobre dosis. Esto puede ocurrir de varias maneras: el usuario puede ser inexperto y calcular erróneamente la potencia de la dosis o la droga puede ser más poderosa de lo que se le advierte al comprarla.

Los signos de intoxicación aguda por la sobre dosis son los siguientes: pupilas muy pequeñas, resequedad bucal, náusea, vómito, sudoración, temperatura baja, temblores, flacidez muscular, somnolencia marcada, disminución de la presión arterial, respiración lenta y pulso débil y lento. Si

no es atendido por un médico el paciente progresa hacia la -
inconciencia, el coma, la insuficiencia respiratoria y la --
muerte.

Otro peligro de la adicción a los estupefacientes con-
siste en la desnutrición ya que los usuarios de estas drogas
no sienten hambre. Es muy frecuente que contraigan infeccio-
nes, debidas tanto a la desnutrición como a la aplicación de
inyecciones con materiales no esterilizados. Este puede re-
sultar en septicemia (envenenamiento de la sangre), hepati-
tis y abscesos en hígado, cerebro y pulmones.

IX

ESTIMULANTES, DEPRESORES, TRANQUILIZANTES, ALUCINOGENOS & INHALANTES.

Anfetaminas.

I. Nombres populares.

Droga: Chochos, pastas, chocolates, pastillas, quesos, pingas, dulces, diablos, speed, acelerados, chocholucos, nas tel, pasas, tabletas, píldoras, diablitos, demonios, mandarinas, rojos, corazones, púrpuras, whites, anfinas, anfetás, - bifetas, benzas, benzedrinás, aktedrón, acelere, ciclón, poderosa, supermán, para arriba, ups, chupe, boleto, boleto -- "A", venenos, aciditas, vitamina "p", mazapanes.

Usuarios.

Pastillo, pastillero, pasto, pastero, pastor, pastele-ro, pantachas, chocholuco, chochero, anfiaco, benzedrino, -- benzo, píldora, diablo, chocolate, pingo, pinguas, acelerado, pasado, grifo, ausente, brincados, ventarrón, ups, en onda, -- viajando, viaje, drogado, zafado, loco, atacado, folklórico, pacheco, pachol, cocas, está pedadrín.

2. Identificación de la droga.

Existen tres tipos de anfetaminas: el primer tipo es -- el de la anfetamina cuyo nombre comercial mas conocido es -- benzedrina. Se puede presentar como tabletas de color rosa-

en forma de corazón, tabletas redondas, ovaladas de diversos colores y también hay anfetamina inyectable.

El segundo tipo se conoce como dextroanfetamina y su nombre comercial es dexedrina, se presenta en tabletas de color naranja y de forma de corazón.

El tercer tipo es el de la metilanfetamina, la cual se fabrica en ampollitas para inyección y como tabletas. Su efecto sobre el sistema nervioso es más intenso que el de las otras dos anfetaminas.

3. Identificación del usuario.

Muchos jóvenes se inician en la farmacodenencia a través del uso de las anfetaminas para mantenerse despiertos o vencer la fatiga.

Cuando se encuentran bajo los efectos más leves, el abusador se vuelve parlachín, excitante, alerta, activo, inquieto y exaltado. Sin embargo, estos consumidores pueden sufrir estados de angustia y depresión que se presentan después de que han pasado los efectos inmediatos de la droga.

El abuso de anfetaminas también puede producir temblor en las manos, pupilas agrandadas, sudoración, falta de sueño e inapetencia. También elevan la presión sanguínea y causan alteraciones en la respiración y en los ritmos del corazón y cuando se toman a grandes dosis, provocan trastornos mentales con ideas de persecución y alucinaciones.

El uso prolongado produce irritabilidad, insomnio, nerviosismo y debilidad. Las anfetaminas no producen dependencia física y por lo tanto no dan lugar a un síndrome de abstinencia al suspenderlas bruscamente. Sin embargo si provo-

can dependencia psíquica muy marcada.

En caso de intoxicación aguda se presentan los siguientes síntomas: irritabilidad, agresividad, insomnio, fiebre, euforia, resequedad de la boca y de la nariz, sabor "metálico", falta de apetito, náusea, vómito, vértigo, diarrea, dolor de abdomen, inquietud, temblores, convulsiones, deterioro físico por la falta de sueño y de alimentos, trastornos del pensamiento, confusión, alucinaciones, delirio, alteraciones graves de la respiración y del ritmo cardíaco y sentimientos de persecución. Todo esto puede llevar a la inconsciencia y a la muerte.

Depresores.

Alcohol. Es un fármaco depresor y como tal inhibe y -retarda las acciones del sistema nervioso central. Como se sabe, existe una gran cantidad de bebidas que contienen alcohol.

El alcohol tiene pocos usos médicos, para sedar, para inducir sueño y en muy limitadas ocasiones para aportar calorías a personas desnutridas.

I. Identificación del usuario.

Son bien conocidos los efectos del alcohol. Ellos dependen de la cantidad que se ingiera. Con una dosis pequeña, se presenta relajación, sensación de bienestar, localidad y disminución leve de los reflejos. Una dosis mayor, provoca dificultad en el habla, incoordinación de los movimientos, -juicio alterado, reducción de las inhibiciones, falta de control emocional y un gran aumento de accidentes automovilísticos. Una dosis todavía mayor produce una clara intoxicación con marcada dificultad para la marcha, trastornos del pensamiento y de la memoria, juicio distorsionado, labilidad emocional y agresividad. Con el doble de estas dosis, se presentan coma y muerte por depresión respiratoria. La piel se vuelve fría y pegajosa, la temperatura baja, la respiración se hace lenta y ruidosa, el corazón se acelera y las pupilas se dilatan. El alcohol produce dependencia física y una marcada dependencia psíquica. Provoca también tolerancia, sin embargo, en los alcohólicos crónicos el síndrome de abstinencia es muy severa y comienza unas tres horas después de -

la última ingestión. Se caracteriza por temblores, náuseas, vómito, ansiedad, sudoración profusa, calambres y pueden llegar a alucinaciones terroríficas, convulsiones, delirios, insuficiencia cardíaca y muerte según el grado de dependencia física desarrollada.

Tranquilizantes.

I. Nombres populares.

Droga: mandrax, ciclopales, seconales, chochos, pastas, pasidrín, diablos, sódicos, ciclón, ciclos, ciclopales, chichopal, tacitín, nactec, equanil, mejorales, nubarene, nembu-
tal, fandoformo, optalidón, artane, chocolate, pastillas, --
quesos, downs.

Usuarios.

Pastillo, pasto, chocho, anda down, queso, mandro, qu-
ludo, secos, pastillero, pastelero, pastucho, chucho, choco-
late, diablo, pasado, aplatanado, para abajo, downero.

2. Identificación de la droga.

Los barbitúricos pertenecen al grupo de medicamentos -
popularmente conocidos como "pastillas para dormir". Se tra-
ta de sustancias cuya acción principal es la de deprimir las
funciones del sistema nervioso central.

Su presentación es en forma de cápsulas y tabletas de-
muy diversos colores, tamaños y formas.

Los barbitúricos mas usados por los farmacodependien-
tes son los siguientes:

Pentobarbital Sódico. Su nombre comercial mas conoci-
do es "nembutal"; se presenta en forma de cápsulas amarillas.

Secobarbital Sódico. Se produce en forma de cápsulas-
rojas con el nombre comercial de "seconal".

Amobarbital Sódico. Se presenta como cápsulas azules-
y su nombre comercial es "amytal".

Amobarbital Sódico combinado con secobarbital sódico.
Su nombre comercial es "tuinal" y se presenta como cápsulas rojas y azules.

3. Identificación del usuario.

A dosis bajas pueden hacer que el usuario parezca relajado y de buen humor, aunque muy lento para reaccionar. A dosis elevadas, los barbitúricos dan lugar a dificultades en el habla, temblores, pérdida del equilibrio, caídas, facilidad para reír o para llorar y agresividad, todo ello seguido por un sueño profundo.

Los síntomas más frecuentes de intoxicación aguda debida a una sobre dosis de barbitúricos son los siguientes: desorientación, somnolencia inestabilidad emocional, pupilas pequeñas, pérdida de la conciencia, flacidez muscular, coma, respiración lenta, color morado de la piel, caída de la presión sanguínea, choque y finalmente muerto.

Los barbitúricos provocan una gran dependencia física como psíquica, se desarrolla tolerancia, la que suele provocar intoxicación por sobre dosis.

Como resultado de la dependencia física, se produce un síndrome de abstinencia cuando se dejan de tomar los barbitúricos. Los síntomas de abstinencia empiezan entre ocho y doce horas después de la última ingestión de barbitúricos y son los siguientes: inquietud, nerviosismo creciente, temblores, debilidad, insomnio, delirios, náuseas y vómitos.

Después de treinta y seis horas, se producen convulsiones.

Alucinogenos,

Marihuana.

1. Nombres populares.

Droga: moto, café, grifa, yerba, la verde, juanita, mo-
ra, mostaza, toque, de la buena, connabis, pasto, mary, dio-
se verde, yerbabuena, mariquita, yesca, grass, golden, mary-
jane, oro verde, hoja verde, pepita, pepita verde, verdosa,-
yerba verde, monstruo verde, campechana verde, yerba santa,-
yerba del diablo, yerba de oro, zacate, pastura, alfalfa, ma-
rfa, juana, flor de juana, mary popins, marinola, margarita,
jani, mariana, petate, petate del soldado, coffees, pot, ca-
rrujo, joint, cris, chester, jefferson, guato, cartucho, ro-
llo, flauta, nito, pitillo, cáñamo, tronadora, achicalada, -
queta, kris kras, chiclona, fitoca, maní, orégano, mafuta, -
habanita, chara, bacha, gravos, té, chupe, pachola, enazote,
bailarina, chichero, güera, grilla.

Usuarios.

Grifo, marihuano, moto, pasado, motorolo, macizo, pa-
checo, en onda, drogado, mafufe, utizado, tocado, olivianado,
en viaje, el punto, tiza, cruzado, tronado, colgado, yerbero,
marimoto, corredor de motos, enmotado, motado, matardo, moti-
gofo, enyerbado, moro, moreliano, pasto, cafetero, cafetol,-
verde, mostachón, yesca, grivo, grijalvo, lelo, grillo, achi-
calado, quemador, quemado, quemar, quemando, tatemar, tostan-
ondado, bajando, trasladado, entonado, olivianado, prendido,
astronauta, piloto, cósmico, acelerador, está finto, ondo, -

flamear, atizar, grovy, tizón, drogadicto, toxicómano, loco, alocado, huido, ido, trole, chido, guido, acelerado, conecta do, entrado, colmado, pasadena, decirizado, viajador, avia-- dor, ondar, volando, en órbita, transportado, elevado, chupo, chupador, tronador, tronársela, cizoma, mazo.

2. Identificación de la droga.

La marihuana se obtiene de una planta llamada cannabis esta planta se le encuentra sobre todo en africa, la india, el medio oriente, estados unidos y muy especialmente en méxi co. Se puede cultivar o crecer silvestremente. Puede desa- rrollarse en todos los países del mundo donde hay clima tem- plado. La altura de la planta varía entre uno y tres metros promedio. Las hojas son largas, estrechas y aserradas, adop- tán una forma de abanico. Cada abanico suele tener cinco o - siete hojas, pero puede tener de tres a quince. Estas hojas son lustrosas y pegajosas y su superficie está cubierta por- vellos cortos.

Según la parte de la planta que se utilice, pueden ob- tenerse diversas preparaciones de droga. La preparación mas común es la que conocemos propiamente con el nombre de mari- huana. En ella, se utilizan las hojas de las plantas.

Si se utiliza la resina de la planta la preparación se conoce con el nombre de hashish. Esta resina es de color ca fé y comúnmente se comprime en forma de bloques. El has- hish es varias veces mas potente que la marihuana.

Otra preparación consiste en un líquido aceitoso de co lor café oscuro que contiene una alta concentración del prin

cipio activo de la cannabis, llamada tetrahidro-cannabinal o THC. Esta preparación es conocida como aceite de marihuana y a veces se añade a los cigarros de marihuana para aumentar su efecto. Esta es mucho mas potente que la marihuana y el hashis.

3. Identificación del usuario.

El efecto de la droga se hace sentir con rapidez entre quince y treinta minutos después de inhalar el humo. Este efecto suele durar de dos a cuatro horas. Los efectos dependen de la dosis. Existen sin embargo, dos signos que son -- constantes: el enrojecimiento de los ojos y el aumento de la frecuencia cardiaca.

Con dosis pequeñas, de aproximadamente medio cigarrillo, el usuario se siente en un principio estimulado, de manera que ríe y habla con facilidad posteriormente puede presentar somnolencia.

Una dosis tres veces mayor, de un cigarrillo y medio, aumenta la percepción de lo que está ocurriendo en el exterior. Al mismo tiempo, se pierde la coordinación de las extremidades y la capacidad de recordar lo que ha ocurrido recientemente. Se produce disminución anormal de la temperatura corporal, hambre insaciable e inflamación de las membranas mucosas y los bronquios.

Con dosis mayores de tres cigarrillos suelen ocurrir -- alucinaciones muy vividas. Pueden producirse estados de pánico, un temor exagerado a la muerte y delirios de persecución. Si la dosis es suficientemente alta, el usuario pue-

de sufrir una psicosis tóxica.

El usuario crónico se ve somnoliento, suda abundantamente, está pálido y tiene los dedos manchados o decolorados.

Su ropa y su aliento presentan un olor muy especial, - parecido al del humo de la marihuana.

Si bien la marihuana no produce dependencia física ni síndrome de abstinencia, si puede crear una fuerte dependencia psíquica. La marihuana tampoco provoca tolerancia. Puede desencadenar enfermedades mentales latentes.

El uso continuado produce, además de un hábito difícil de romper, estados crónicos de apatía y desinterés, con una disminución de la motivación, descuido de la higiene personal y deterioro en las relaciones personales y sociales.

Inhalantes.

I. Identificación de la droga.

Los inhalantes forman un grupo especial de depresores del sistema nervioso central.

Los representantes más importantes de este grupo son los siguientes: pegamento, gasolina, líquido de encendedores, tñer, éter, cloroformo, óxido nitroso, líquido de tintorería (tricloroetileno), benceno, xileno, tolueno y acetona.

Todas estas sustancias son o contienen volátiles. La forma de abusar de ellas consiste en colocar un poco de "cemento" en un pañuelo, en una bolsa de papel o plástico, en una porción de estopa o en un pedazo de tela. Estos objetos se colocan entonces sobre la boca y la nariz y el usuario inhala de ellos.

Las otras sustancias de la lista, por lo común, se inhalan directamente del recipiente.

Ninguna de estas sustancias tiene usos médicos a excepción del éter, el cloroformo y el óxido nitroso que se emplean como anéستesicos.

El consumo de inhalantes constituye, junto con el alcoholismo y el abuso de marihuana, uno de los principales problemas de farmacodependencia en México.

Los inhalantes son consumidos especialmente por jóvenes y niños (entre los seis y catorce años de edad) de clase baja, ya que son fáciles de conseguir en tlapalerías y tienen un bajo costo en comparación con otras drogas.

2. Identificación del usuario.

Los efectos de la inhalación aparecen rápidamente y duran alrededor de media hora. En fases iniciales, producen una sensación de hormigueo y de mareo que es seguida por visión borrosa, zumbidos en los oídos y dificultades para articular palabras. Se presentan también en estado de embriaguez, junto con alborozo, euforia, inestabilidad de la marcha, sensación de flotar, inquietud, pérdida de las inhibiciones, agresividad y sentimiento de gran poder, parecidos a los de la intoxicación alcohólica. En una fase posterior, puede vomitar, sentir mucho sueño e incluso perder la consciencia.

Si la intoxicación es severa, hay temblores, respiración rápida y superficial, irregularidad en el latido cardíaco, convulsiones y coma. La inconsciencia puede ir precedida de excitación violenta o delirio. En algunos individuos susceptibles, se presentan alucinaciones, que son muy vividas y se refieren frecuentemente a temas de fuego y de color.

El éter produce una sensación de bienestar y de alborozo.

Los inhalantes provocan variada dependencia psíquica, poca dependencia física y una gran tolerancia.: los efectos posteriores a una intoxicación son náuseas, depresión, insomnio y pérdida del apetito. Además el usuario se reconoce porque tiene los ojos llorosos, está eufórico o somnoliento, habla con dificultad y camina tambaleándose en forma parecida a como lo hace el alcohólico.

¿COMO PREVENIR LA FARMACODPENDENCIA?

Las medidas mas importantes en relación a la farmacodependencia son las de prevención, es decir, aquéllas que tienen a evitar que el consumo de drogas se produzca. Si bien el tratamiento y la rehabilitación de los usuarios resultan indispensables dentro de una estrategia de acción contra la farmacodependencia la prevención debe constituir sin duda, - el alimento central de dicha estrategia.

Esta acción corresponde no sólo a las instituciones en cargadas del control de este problema las cuales deben actuar en perfecta coordinación, sino además es indispensable la participación de aquellas personas que por su ubicación social están en las mejores condiciones para influir positivamente sobre la comunidad con el objeto de prevenir la farmacodependencia. Entre estas personas se encuentran los maestros, padres de familia, los médicos, las enfermeras, los policías, los abogados, los sacerdotes. Así pues, si queremos prevenir el consumo de drogas, tendremos que modificar las causas individuales y sociales de ese consumo.

Para lograr esto las personas que se encuentran en la lucha contra la farmacodependencia tienen a su alcance dos poderosas herramientas: la educación y la creación de la alternativa al uso de las drogas.

La educación en la farmacodependencia debe ser diseñada con inteligencia e imaginación. Nunca debe limitarse a la pura información, pues múltiples investigaciones demuestran que la información sobre las drogas tiene un efecto contraproducente al estimular la curiosidad del receptor e inducirlo a experimentar con drogas.

En la educación no deben enfatizarse los aspectos negativos de la farmacodependencia. Tampoco debe asumirse una actitud moralista o amenazadora. En vez de tratar de amenazar a los jóvenes con una información exhaustiva sobre los peligros de la farmacodependencia, los educadores deben exaltar en un tono positivo ciertas actividades que puedan resultar más satisfactorias para los educandos que el consumo de drogas. Este tipo de educación debe propiciar una actitud efectiva del educador y una participación activa de los educandos. Además las respuestas deben inscribirse en un marco más amplio. En las escuelas estas actividades de educación pueden quedar incluidas en los planes ordinarios de química, biología, historia o ciencias sociales, incorporándose al curso en su totalidad y adaptando los materiales al nivel de desarrollo del niño o del joven durante varios años de estudio.

La escuela debe propiciar en los alumnos un proceso general de crecimiento, desarrollo, maduración y socialización.

En suma lo que una educación inteligente sobre las drogas deben procurar como instrumento de prevención, no es la amenaza ni la atemorización del público, sino su desarrollo.

individual mediante la presentación de alternativas.

Se entiende por alternativas aquellas actividades que resultan para los usuarios actuales o potenciales mas satisfactorios que la farmacodependencia.

Alternativas al consumo de drogas deben promoverse a tres niveles: individual, familiar y social.

En lo individual los jóvenes deben contar con salidas creativas a su energía. Entre ellas se cuentan las actividades artísticas, como la danza, la pintura, la escultura, el teatro, las artesanías y la literatura; las medidas de servicio de medicina preventiva, en campañas de saneamiento ambiental y en adecuación de parques públicos; la recreación física y el deporte; la capacitación en algún tipo de trabajo; la discusión y la participación sociopolítica; etc.

A nivel familiar, debe propiciarse el aprovechamiento del tiempo libre en actividades de interés común que fortalezcan la comunicación y la convivencia entre todos los miembros de la familia.

En el nivel social deben instrumentarse los cambios necesarios que ofrezcan una alternativa a las causas sociales de la farmacodependencia. Todas las acciones que tiendan a disminuir el desempleo, mejorar el estado nutricional del pueblo, dotar de una vivienda digna, incrementar la educación y terminar con la insalubridad serán las medidas efectivas para combatir la farmacodependencia y para prevenir su aparición.

XI

TRATAMIENTO Y REHABILITACION.

Existen formas muy diferentes de consumir drogas. Se reconocen cuatro distintos grupos de usuarios.

Los experimentados: usuarios que toman drogas por simple curiosidad.

Los usuarios sociales u ocasionales: consumen drogas solamente cuando están en grupo; el consumo de drogas tiene en ellos una finalidad de pertenecer a un grupo de rebelarse contra los valores sociales establecidos; de resolver conflictos pasajeros de la adolescencia o simplemente de seguir una moda.

Los farmacodependientes funcionales: son los usuarios que necesitan tomar drogas para funcionar en sociedad. Son personas que no pueden realizar ninguna actividad si no consumen la droga.

Los farmacodependientes disfuncionales: son personas que han dejado de funcionar en la sociedad. Toda su vida gira en torno a las drogas y su actividad entera la dedican a conseguirlas y consumirlas.

Ante un usuario del primero o segundo grupo: es simplemente la expresión de los conflictos normales de la adolescencia. Insistimos el castigo a estos muchachos produce mas daño que la droga misma.

La actitud general debe ser de comprensión. Lo que se debe hacer en estos casos es mediante una actitud de confianza, flexibilidad y comprensión motivar a los muchachos a que realicen actividades constructivas; culturales, deportivas, políticas o artísticas y que acudan, a veces o junto con sus familiares, a un centro de investigación juvenil.

Muy distinto es el caso de los farmacodenendientes funcionales y disfuncionales. En ellos sí suele existir algún tipo de alteración que está determinando el consumo de drogas. Muchos expertos consideran que estos son los verdaderos casos de farmacodependencia.

Es frecuente que estas personas cometan delitos para poder conseguir la droga, lo que crea un problema legal junto al problema médico y social.

Existen algunas medidas de primeros auxilios que pueden practicarse mientras llegan el médico o la ambulancia.

En términos generales, cuando la intoxicación se ha debido a una droga ingerida por vía oral, debe provocarse el vómito estimulando la parte posterior de la garganta o dando agua con sal. Esto es útil para la intoxicación con alcohol, barbitúricos, tranquilizantes y amfetaminas siempre que la persona no esté inconsciente.

XII

LISTA DE INSTITUCIONES EN LA REPUBLICA MEXICANA

RELACIONADAS CON LA FORMACODEPENDENCIA

CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL

CENTROS EN EL AREA METROPOLITANA

	Teléfono	Dirección	
Caracol	762-13-99	Bellas Artes 312-B, altos	Z.P. 9
Cuahutómoc	542-79-05	Rep. de Venezuela y R. Puebla	Z.P. 1
Dakota	536-77-76	Dakota 114	Z.P. 18
Lomas	520-59-96	Montes Urales 105	Z.P. 10
Naucalpan	572-57-38	Dramaturgos 49-A	Cd. Satélite
Netzahualcóyotl	558-86-98	Ciclomore 139 y Calambucos La Perla, Cd. Nezahualcóyotl	Edo. de México
Norte	781-27-94	Montevideo 86	Z.P. 14
Sur	554-49-85	Berlin 30	Z.P. 21

CENTROS EN EL INTERIOR DE LA REPUBLICA

Acapulco	(748)2-11-66 Insurgentes 41	Acapulco, Gro.
Ciudad Juárez	(161)2-99-29 Mejía 546 Ote.	Cd. Juárez, Chih.
Cuernavaca	(731)2-48-17 Priv. Arteaga 1	Cuernavaca, Mor.
Culiacán	(671)2-64-95 M. Escobedo 651, Ptu.	Culiacán, Sin.
Chihuahua	(141)3-25-18 Misioneros 2737	Chihuahua, Chih.
Guadalajara	(36)30-31-43 Mariano Azuela 70	Guadalajara, Jal.
Hermosillo	(621)4-58-25 Blvd. Transversal y Prof. Nuevo León	Hermosillo, Son.
Jalapa	(281) Sa. de Juárez 139	Jalapa, Ver.
La Paz	(682)2-23-62 Revolución 705	La Paz, B.C.
León	(471)3-58-26 5 de Febrero 211	León, Gto.
Mérida	(992)3-08-43 Calle 47 No. 46E-A	Mérida, Yuc.
Monterrey	(83)44-44-04 M.M. El Llano 621, Ote.	Monterrey, N.L.
Nogales	(631)2-00-63 Obregón 1046	Nogales, Son.
Pachuca	(771)2-58-17 Allende 702	Pachuca, Hgo.
Piedras Negras	(878)2-36-09 Juárez 308 Ote.	Piedras Negras, Coah.
Puebla	(22)43-94-81 24 Sur No. 2121	Puebla, Pue.
Querétaro	(463)2-88-27 Ezequiel Montes 49, Sur	Querétaro, Qro.
San Luis Potosí	(481)2-61-96 Reforma 950	San Luis Potosí, S.L.P.
Tijuana	A.v. Lic. Martín Careaga S/N., Fraccionamiento Las Palmeras	Tijuana, B.C.
Tuxtla Gutiérrez	(961)2-05-96 4a. Nte. Ote. 140	Tuxtla Gutiérrez, Chis.
Villahermosa	(931)2-49-54 Zaragoza 954	Villahermosa, Tab.

CENTROS DE TRATAMIENTO DE URGENCIAS

En casos de intoxicación aguda, se requiere un Servicio de Urgencia. No pierda tiempo, ocurra al hospital más cercano.

La siguiente lista es una referencia de los principales servicios de emergencia en el Distrito Federal.

Cruz Roja Mexicana
Av. Ejército Nacional 1032
México, D.F. Tels.: 557-57-58
557-57-59
557-57-60

Cruz Verde
Cecilio Robelo, Esqu. Sur 103
Col. Jardín Balbuena
México, D.F. Tel.: 552-16-03

Pabellón de Psiquiatría y Medicina Psicosomática del Hospital General
Dr. Balmis No. 148
Col. Doctores
México 7, D.F. Tel.: 588-01-00
Ext 244

Hospital Juárez
Plaza de San Pablo No. 13
México, D.F. Tel.: 542-91-45

Hospital Psiquiátrico
"Fray Bernardino Alvarez"
Calz. de Tlalpan y Av. San
Buenaventura S/N
San Fernando
Tlalpan, D.F. Tel.: 573-15-00

Hospital Psiquiátrico Infantil
"Dr. Juan N. Navarro"
Calz. de Tlalpan y Av. San
Buenaventura S/N
San Fernando
Tlalpan, D.F. Tel.: 573-28-55

Instituto Nacional de Neurología
Av. Insurgentes Sur, No. 3277
México, D.F. Tel 573-28-22
573-28-08

OTROS CENTROS ASISTENCIALES

Aquí se incluyen los Centros de Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y otras instituciones (ISSSTE o IMSS) donde se puede obtener orientación y atención a los sujetos con problemas de farmacodependencia.

DISTRITO FEDERAL

"Beatriz Velasco de Alemán"
Ing. Eduardo Molina y Peluqueros
México, D.F. Tel.: 526-89-95

"Dr. Juan Duque de Estrada"
Oriente 179 No. 154
Col. Moctezuma, 2da. Sección
México 9, D.F. Tel.: 571-25-72

"Soledad Orozco de Avila
Camacho"
Tetrazzini No. 78
México, D.F. Tel.: 583-01-79
583-01-25

"Dr. Angel Brioso Vasconcelos"
Benjamín Hill No. 14
México 18, D.F. Tel.: 515-48-99

"Dr. Domingo Orvañanos"
Libertad y Comonfort S/N
México, D.F. Tel.: 526-13-59

"Dr. José María Rodríguez"
San Antonio Abad No. 350
México 8, D.F. Tel.: 519-62-90

"Dra. Margarita Chorne y Salazar"
División del Norte No. 2986
México 21, D.F. Tels.: 544-16-49
549-42-51

"Dr. Manuel Escontría"
Frontera No. 15
México 20, D.F. Tel.: 548-25-98

"Dr. Manuel Cárdenas de la Vega"
5 de Febrero No. 12
México 14, D.F. Tel.: 577-64-82

"Rafael Ramírez Suárez"
Montevideo No. 555
México 14, D.F. Tel.: 754-08-92

"Centro Materno Infantil
"Maximino Avila Camacho"
Av. Constituyentes No. 240
México 18, D.F. Tel.: 515-26-26

Servicio de Salud Mental del
Hospital Infantil
Dr. Márquez No. 162
Col. Doctores
México 7, D.F. Tel.: 519-44-56
519-26-26

Servicio de Higiene Mental del
Hospital del Instituto Mexicano
de Asistencia a la Niñez
Av. Insurgentes Sur No. 3700,
Letra "C"
México 22, D.F. Tel.: 573-02-73

Clínica de Conducta del Consejo
Tutelar
Obrero Mundial No. 76
México 8, D.F. Tel.: 519-58-60
Ext. 36
519-58-61

Clínica de la Conducta
Presidente Mazarik No. 526
Col. Polanco
México, D.F. Tel 520-97-98

Consulta Psiquiátrica de las Clínicas de Se-
guridad Social del Instituto Mexicano del
Seguro Social:

No. 3
Av. del Trabajo No. 123
Col. Morelos
México 2, D.F. Tel.: 526-82-93
529-63-04

No. 4
Av. Niños Héroes No. 162
Col. Doctores
México 7, D.F. Tel.: 578-61-04
578-60-29

No. 5
Av. Marina Nacional y Mariano
Escobedo S/N.
México 17, D.F. Tel.: 527-55-92

No. 6
Anillo de Circunvalación y
Corregidora S/N.
México 1, D.F. Tel.: 522-45-90

No. 7
Czda de Tlalpan No. 4220
México 22, D.F. Tel.: 573-24-81

No. 8
Plaza de San Jacinto No. 20
Villa Obregón
México 20, D.F. Tel.: 548-38-06

No. 9
Av. Revolución y Calle 7
Col. San Pedro de los Pinos
México 18, D.F. Tel.: 515-63-90

No. 10
Czda. de Tlalpan No. 391
Col. Niños Héroes
México 21, D.F. Tel 5796-63-59

No. 16
Francisco González Bocanegra
No. 10
Col. Peralvillo
México 3, D.F. Tel.: 529-04-69

No. 20
Czda. Vallejo No. 65
Col. Magdalena de las Salinas
México 14, D.F. Tel. 587 44-22

No. 22
Av. de los Pinos y San Ramón
Unidad Independencia
México 20, D.F. Tel. 595-18-87
592-10-11

No. 23
Czda. San Juan de Aragón No. 311
Col. San Juan de Aragón
México 14, D.F. Tel.: 577-38-64

No. 25
Czda. Ignacio Zaragoza No. 1840
Col. Juan Escutia
México 9, D.F. Tel.: 558-01-43
558-03-10

No. 61
Av. 16 de Septiembre No. 39
Naucalpan de Juárez
Edo. de México Tel 576-36-08

Clínicas de Neuropsiquiatría del Instituto de Seguridad y Servicio Sociales para los Trabajadores del Estado:

"Tlaltelolco"

Guerrero No. 346

México 3, D.F.

Tel.: 583-20-74

"Juárez"

Jalapa No. 252

México 7, D.F.

Tel.: 574-13-19

INTERIOR DE LA REPUBLICA

Consulta Externa Psiquiátrica del Hospital civil
Domicilio Conocido
Monterrey, N.L.

Servicio de Salud Mental del Centro de Salud No. 1
Domicilio Conocido
Monterrey, N.L.

Servicio Psiquiátrico de la Clínica-Hospital del ISSSTE
Av. Constitución y 20 de Noviembre
Monterrey, N.L.

Servicio de Neuropsiquiatría del IMSS
Oriente 301
Carretera a Reynosa
Monterrey, N.L.

Sección Psiquiátrica del Hospital Civil
Depto. de Higiene Mental de los Servicios Coordinados
Calle del Hospital No. 278
Barrera Alzaga No. 107
Guadalajara, Jal.

Instituto de Psicopedagogía
Sector Hidalgo
Calle 22 No. 319
Guadalajara, Jal.

Consulta Psiquiátrica de las Clínicas del IMSS 1, 2 y 3
Domicilio Conocido
Guadalajara, Jal.

Sección de Psiquiatría del Hospital General
13 Sur y 27 Poniente
Puebla, Pue.

Servicios de Salud Mental del Centro de Salud No. 1
10 Sur y 11 Oriente
Puebla, Pue.

Consulta Externa Psiquiátrica del IMSS
4 Norte No. 2005
Puebla, Pue.

Consulta Externa y Psiquiátrica del ISSSTE
4 Sur y 13 Oriente
Puebla, Pue.

Consulta Externa Psiquiátrica del IMSS
Mutualismo y Calle Cuarta
Ciudad Juárez, Chih.

Centro de Orientación Juvenil y Salud Mental
Av. Lic. Martín Carreaga S/N
Fracc. Las Palmeras
Tijuana, B.C.

Servicio de Psiquiatría del ISSSTE
Conj. Pronaf. No. 3
Ciudad Juárez, Chih.

Consulta Externa Psiquiátrica del IMSS
Paseo de los Insurgentes y Gran Avenida
León, Gto

XIII

CASOS CLINICOS ESPECIFICOS

Centro Médico La Raza Hospital Psiquiátrico

Centro de Integración Juvenil Dakota

Centro de Integración Juvenil Norte

Centro de Integración Juvenil Cuautemoc.

CASOS REFERIDOS DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO'.

Caso 1.

H.W.A. Paciente de 19 años de edad hijo de padre divorciado, quien inició su cuadro de farmacodenencia a los 14 años con sus compañeros de secundaria. Dicho hábito era seguido inicialmente cada semana y se fue incrementando primero cada tercer día, posteriormente todos los días.

Hace tres años presentó un cuadro de alucinaciones de incoherencia así como crisis de agresividad intentando golpear a su padre motivo por el cual fue internado en el hospital psiquiátrico durante tres meses. Al salir continuó con el mismo hábito dejando de asistir a la escuela y persistiendo con cuadros alucinatorios sin que a la fecha hubiese dejado la droga.

El examen mental actual ha revelado el déficit severo de sus funciones mentales entre los cuales se destaca la incapacidad de abstracción de pensamiento lógico así como el interés para desarrollar actividades creativas.

Caso 2.

F.G.H. Paciente de 22 años de edad proveniente de un estado de la república quien hace siete años se encontraba estudiando vocacional y quien inició su farmacodenencia por "puntada" inhalando cemento, ingiriendo pastillas con sus amigos unos meses después empezó a fumar marihuana.

' Dr. Felix Velasco Alva.

En una ocasión y bajo el efecto de estas sustancias sufrió un accidente automovilístico que implicó una pérdida del conocimiento de varias horas de duración ocasionando un daño cerebral de media intensidad, a raíz de entonces dejó la escuela regresando a su lugar de origen desempeñando labores del campo, de albañil, pero la mayor parte del tiempo se dedica a la vagancia. Sus padres constantemente lo vigilan pero a pesar de ello ha conseguido marihuana, cemento y en ocasiones cuando no tiene estas sustancias a su alcance toma cualquier medicamento o tranquilizante (valium, siclopalas o arthane).

Su examen mental revela un deterioro total de funciones mentales que podrían ser atribuidos desde luego al accidente automovilístico pero también al uso constante de la droga.

Caso 3.

H.M.A. Paciente de 30 años de edad secretaria soltera, inicia la ingesta de meprobamat (guanil) prescrito por médico general por presentar cuadro de angustia, ingería una pastilla por la noche antes de dormir sistemáticamente fue incrementando la ingesta hasta cinco pastillas al día en el transcurso de tres años.

Fue vista por psiquiatra quien intentó la suspensión progresiva de este fármaco con respuestas físicas de malestar general, ansiedad entre risa y llanto inmotivado teniendo que ser internada por tres meses con lo que se logró la suspensión del fármaco. Cada vez que presenta nuevo conflicto emocional ingiere nuevamente este fármaco aumentando pro-

gresivamente la dosis. Ella refiere no poder suspender voluntariamente las pastillas antes señaladas que en la actualidad se encuentra en tratamiento psicoterapéutico.

Caso 4.

G.M.H. Femenina de 35 años casada ama de casa con problemas conyugales por agresiones de alcoholismo de su esposo. Hace cuatro años acudió al dentista con un absceso gingival complicado habiendo prescripto el facultativo ácido acetil salicilico, dimetil pirazolona, con pobres resultados — por lo que le indico "sosigon". Disminuyendose su cuadro doloroso a medida que se resolvió su problema bucal. La paciente continuo comprando el medicamento aduciendo un estado particular de euforia y tranquilidad cuando lo tomaba lo que le permitio afrontar los problemas con el esposo como pasó — el tiempo lleo a tomar ocho comprimidos al día por tener una necesidad imperiosa de tomar el medicamento y conforme — pasó el tiempo le hera mas difícil conseguir recetas médicas con lo que presentaba al no tomarlo temblores, tristeza, sudoración, taquicardia, insomnio severo, hasta llegar a un intento de suicidio cortandose las venas de la muñeca izquierda motivo por el cual fue internada en el hospital psiquiátrico donde se efectuó una cura de desintoxicación con otros fármacos hasta que dejo de tomar este medicamento.

Caso 5.

L.P.G. Estudiante de odontología de 21 años hija de — padres separados, vive con su madre quien era alcoholica.

Al estar en segundo año de la carrera ingresó benedri

na para poder estudiar por las noches durante un periodo de exámenes finales, sintiéndose según decía mas inteligente y mas capas de captar los conocimientos, relataba también un estado de insomnio, de tranquilidad y de euforia cuando se encontraba bajo el efecto de estas pastillas. Aunque al día siguiente una vez pasado el efecto se sentía intensamente deprimida y con ideas suicidas. Ante tal situación tomaba dos o tres pastillas al día para poder permanecer en un estado de ánimo adecuado en sus actividades escolares.

Cuatro meses después de haber iniciado el uso de las pastillas se sentía vigilada, sin poder dormir, con taquicardia, confusión mental, irritabilidad; presentando entonces alucinaciones visuales y pérdida de peso de diez kilogramos.

Fue llevada al hospital psiquiátrico donde se le practicó una desintoxicación progresiva durante dos meses e inició tratamiento psicoterapéutico no volviendo a la fecha a tomar dicho medicamento.

Caso 6.

J.H.B. Paciente de 25 años originario de Tijuana B.C. quien se aficionó al uso de drogas en su lugar de origen desde los últimos años de la primaria inhalando inicialmente camento, durante su adolescencia continuó con el uso de marihuana junto con ingesta masiva de alcohol. Iniciándose a los 18 años en el tráfico de drogas vendiendo marihuana en escuelas secundarias. Por lo que fue detenido, permaneciendo en prisión durante tres años. En el penal se habitó al uso de cocaína, aumentando su dosis progresivamente. Al salir del penal nuevamente se tuvo que dedicar al tráfico de drogas pa

ra poder comprar las dosis progresivamente mayores de esta sustancia, fue sometido a tratamiento de desintoxicación en hospitales para drogadictos de los estados unidos con lo cual logró periodos de abstinencia por seis meses, sin embargo a la fecha dado que su modus vivendi es el tráfico de drogas le ha sido imposible dejar de usarlas definitivamente.

Caso 7.

L.V.L. Paciente de 26 años huérfano creado por una familia sustituta quienes lo golpeaban desde muy pequeño y terminaron por correrlo de la casa a los 12 años de edad. Desde entonces desempeño algunos oficios tales como vendedor de periodicos, lava coches, viviendo prácticamente en la calle, desde los 14 años se aficionó a la inhalación de cemento y además ingiriendo bebidas alcoholicas en forma cotidiana. A los 19 años al trabajar como dependiente de una farmacia inició ingesta de fenobarbital y ciclopales, hasta que fue despedido de este trabajo con las consiguientes dificultades que para conseguir estos fármacos. Presenta una crisis convulsiva tonicoclonica como manifestación de su presión brusca por lo que es internado en hospital psiquiátrico, al ser dado de alta, transcurran tres meses y hace el intento de suicidio con una sobre dosis de barbitúricos motivo por el que muere.

Caso 8.

A.E.H. Paciente de 25 años femenina hija de padres americanos de clase acomodada con estudios elementales en estados unidos. El padre era excombatiente de la guerra y la-

madre alcoholica, un hermano mayor se encuentra en presidio acusado de fraude. La paciente desde muy pequeña fue criada en una situación de excesiva liberalidad permitiendole cualquier tipo de amistades y proporcionandole todo tipo de caprichos.

Desde los 15 años inició la ingesta de diversos fármacos (librium, barbitúricos, arthane, combinación de los mismos) así como de marihuana y alcohol en fiestas con sus compañeros de escuela. Estando en México en compañía de sus amigos presentó un cuadro delirante caracterizado por la idea de ser perseguida presentando alucinaciones visuales y auditivas motivo por el cual ingresa al hospital psiquiátrico en donde se elabora el diagnóstico de una probable esquizofrenia paranoide. Después de haber sido dada de alta, ha estado en control con psicofármacos pero cada seis meses presenta una recaída.

Caso 9.

I.C.A. Paciente de 19 años hija de padres divorciados el padre actor y la madre es vedet. Su infancia se caracterizó por un abandono emocional de parte de los padres viviendo constantemente situaciones conflictivas. Estuvo a cargo de abuelos o tíos por varios años hasta que a los 16 años dejó de vivir sola; tomando entonces ciertos fármacos (derivados de la benzodiazepina) y fumando marihuana. Y, por esta época inicia actividades teatrales y refiere la necesidad de esos fármacos para sentir seguridad antes de actuar, hasta llegar a un grado de confusión mental por lo que fue remitida al hospital psiquiátrico. Después de varios meses es da-

da de alta y a la fecha continúa con el hábito de los fármacos y marihuana.

Caso IO.

J.P.G. Paciente de 23 años con estudios de vocacional con madre protectora y padre rígido y poco afectuoso, constantemente riñe con el hermano mayor que recientemente terminó una carrera universitaria siendo un profesionista exitoso.

No ha podido continuar con sus estudios debido a la frecuencia con que utiliza fármacos para sentirse seguro de sí mismo y fuerzas para poder hacer lo que le agrada. Ha viajado constantemente a Puebla y Oaxaca con una comunidad de jipis donde puede adquirir la droga fácilmente. Fue internado en hospital psiquiátrico a raíz de un accidente automovilístico en un estado de drogadicción sufriendo serias lesiones.

Ha sido atendido a base de psicofármacos y psicoterapia pero a sido un fracaso ya que después de haber sido dado de alta ha vuelto a lo mismo y ha dejado por completo sus estudios y a la familia.

Caso II.

G.H.M. Paciente masculino de 18 años, estudiante de preparatoria, de padres divorciados. Procede de un medio socioeconómico bajo. Inició la farmacodependencia a los 14 años por conflictos familiares; durante este tiempo su aspecto físico es flaco, pálido, su memoria es defectuosa, ingresa a la hospital por consejos de maestros y compañeros, logrando una gran mejoría. Tres años más tarde es empleado de im-

prenta, dejando los estudios pues nuevamente ha estado fumando marihuana y administrándose anfetaminas y barbitúricos.

Decae su estado físico y mental reingresa al hospital-psiquiátrico donde es tratado con psicofármacos y psicoterapia. Dado de alta a los seis meses con gran mejoría.

Actualmente forma parte de un conjunto de música moderna y en donde se supone no ingiere más droga, aunque su temor por no volver a ella no ha sido totalmente eliminado.

Caso I2.

P.G.R. Paciente de 15 años hija de padres conflictivos con fuertes problemas económicos, teniendo su primera experiencia sexual a los 14 años con un amigo de 25 años. La induce a la drogadicción y a fumar marihuana. Ingresó al hospital de psiquiatría, después de haber tenido un aborto provocado. Es tratada con psicofármacos y psicoterapia.

Después de un año es dada de alta con notable mejoría, a los dos años ingresa nuevamente al hospital en estado comato por uso de drogas de tipo fenobarbital por el cual muere.

Caso I3.

R.M.C. Paciente de 21 años de edad procedente de cuba en el año 1968. Hijo de padres separados, el padre funcionario cubano y de madre exiliada en México, casado con su prima por poder la cual vivía en miami estados unidos para poder salir de cuba.

No pudiendo entrar a los estados unidos por ser cubano decide radicar en México con su madre; diciendo que era su-

tía por estar ésta ya casada con un comandante del servicio secreto aquí en México, ignorando éste último que fuera hijo de la esposa.

El paciente es corrido poco después por la madre (tía), por ser éste un vago que vive gracias al dinero que le es enviado por una prima que maneja negocios del padre de éste.

Se va a vivir con unos amigos y a los pocos meses es nuevamente corrido al ser descubierto como traficante y adicto a la marihuana y otras drogas (inhalantes, anfetaminas y barbitúricas). Ingreza al hospital psiquiátrico por un accidente automovilístico, siendo al mismo tiempo tratado de su problema de drogadicción. A los siete meses es dado de alta, con buen estado físico y mental.

Refiere que irá a vivir con un general que conoció en el hospital. Comienza nuevamente a drogarse practicando además el homosexualismo. A los cuatro meses se nos informa — que ha fallecido en un accidente automovilístico.

Caso 14.

S.R.V y A.R.V. Pacientes de 20 y 18 años respectivamente siendo huérfanos de ambos padres junto con tres hermanas. Fueron a vivir con la abuela que fallece poco tiempo después; teniendo como única herencia una casa muy grande.

Para poder subsistir venden chicles y periódico en la calle; y además pueden estudiar. Al ingresar al C.C.H. establecen contacto con vendedores de drogas, iniciándose en el uso y venta de las mismas utilizando posteriormente su casa como centro de operaciones al llegar a la profesional, S.R.V. decide tratarse en el hospital psiquiátrico para su curación.

Es tratado por seis meses y dado de alta con notable recuperación, contrayendo matrimonio un año después. En la actualidad es ingeniero mecánico electricista.

Mientras A.R.V. se dedicó al narcotráfico no volviendo a saberse de él.

Caso 15.

F.S.L. Paciente de 22 años huérfano de madre desde muy chico.

El padre decide hacerse responsable de su alimentación y formación escolar. Junto con sus estudios de primera enseñanza primaria y secundaria, estudia guitarra en el conservatorio; siendo magnífico estudiante en ambos aspectos.

Al ingresar a la preparatoria, conoce compañeros que lo inducen a fumar marihuana, ingerir anfetaminas, barbitúricos y uso de inhalantes con el solo fin de probar que se sentía.

Haciendo consumo frecuente de los mismos es dado de baja en el conservatorio y de la preparatoria. Apoyado por el padre ingresa al hospital psiquiátrico con el fin de curarse tratado con psicofármacos y psicoterapia por cuatro meses es dado de alta.

Al no permitir los padres de la novia casarse con él, decide llevarsela, y viviendo con ella dos meses; posteriormente los padres se la llevan al extranjero y deciden radicarse allí. Motivo por el cual comienza a drogarse de nuevo, actualmente vive solo se dedica a realizar trabajos poco honorables y de vez en cuando a la vagancia.

Caso I6.

R.A.C. y S.A.C. Pacientes de 13 y 15 años de edad respectivamente. Huerfanas de padre diferente de un medio socioeconómico muy bajo.

Estudiantes de segundo año de secundaria, asistían frecuentemente a tardadas, iniciándose a la droga (anfetaminas y barbitúricos) por medio de una amiga. R.A.C. se dedicaba a la prostitución y al bandalismo. Después de tres años de practicar frecuentemente la drogadicción entró a trabajar en un consultorio como enfermera auxiliar. El médico la animó a visitar el hospital psiquiátrico donde por medio de psicofármacos y psicoterapia se le trató durante seis meses. Un año después se casó y dejó la drogadicción.

Mientras S.A.C. se dedicó a colaborar con una banda de asaltataxistas, estando actualmente en el reclusorio norte, sin dejar la drogadicción.

CASOS REFERIDOS DEL CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL "NORTE" Y
DEL CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL CUAUTEMOC.

Caso I.

Ficha de identificación:

Almazan Argueta Juan

22 años de edad

Sexo masculino

Estado civil soltero

Escolaridad: Prim, Sec, Preparatoria, Tercer semestre de medicina.

Motivo de la consulta: PD.

Madre con problemas económicos, hermano menor mongoloi-
de.

Síntomas principales: alucinaciones, ansiedad intensa,
depresión y angustia.

Junio 7/78.

La madre refiere que desde la muerte del padre Juan se
droga (anfetaminas, barbitúricos, principalmente) cometiendo
toda clase de delitos, que "ya no puede mas con él". Recal-
ca que siempre tiene todo lo necesario, nunca le falta nada.

Juan permanece siempre muy angustiado, no quiere que -
yo asista con él a la consulta, sin embargo no puede salir -
colo y me pide ayuda, pues siente que la gente lo observa y -
se burla de él.

Julio 5/78.

Referencia: del paciente: se siente regañado y culpable de la muerte de su padre y de su mejor amigo. Suele decir que su madre es posesiva y que se enorgullece de ello.

Julio 26/78.

Tiene temor a cumplir los 25 años y no haber hecho nada en la vida. Se siente "niño protegido en su casa". En donde todo me lo dan, me angustia lo que la gente piensa de mí, el pensar en trabajar me aterra. Repite que su madre lo tiene aprisionado, siempre lo ha tenido y habla mucho temor de salir a la calle (de niño) pues la madre y el padre no lo dejaban salir solo por temor de que le pasara algo.

Tratamiento a seguir:

1. Sección semanal de psicoterapia.

2. Psicofármacos: etalazine, longactil, akinetor.

Agosto 2/78.

Desde que falleció mi padre me siento muy solo y atemorizado. A mi madre y hermanos no sonoro verlos aunque me den todo lo que necesito especialmente cuando me enfermo, me angustia el terminar el tratamiento.

Agosto 16/78.

Siento que necesito sufrir para sentir que vivo, me angustia cuando mejoro, me atemoriza tener que trabajar, solo me siento bien en casa.

Agosto 23/78.

Se siente mejor "siento el niño de la casa", le angustia la burla de la gente fuera de su casa por ello regresa y estando en ella siente la necesidad de salir.

Agosto 30/78.

Temor hacer adulto, temor a la burla de los amigos a su descubrimiento, trata de demostrar lo contrario desde que inicio el tratamiento ya no utiliza la droga.

Septiembre 12/78.

Hay mejoría, disminuye la sintomatología.

Octubre 3/78.

Buena evolución, continua con el tratamiento.

Enero 12/79.

Pidió esto por teléfono: refiere que luego de ser dado de alta y estando trabajando en A D O (trabajo actual) se siente muy bien hasta navidad y año nuevo en que volvió a ingerir bebidas alcoholicas razón que lo llevo a utilizar de nuevo la droga. Porque se sentía bien y pensó que no le iba hacer daño. Ahora de nuevo se siente temeroso ante la gente y teme perder el trabajo. Por lo que desea iniciar el tratamiento de nuevo.

Caso 2.

Ficha de identificación:

Serrano Galán Pedro

22 años de edad

Sexo masculino

Estado civil soltero

Escolaridad: segundo año de secundaria.

Motivo de la consulta: FD, a marihuana, alcohol, estimulantes, depresores, antiparkinsoniano etc. Que presenta un brote psicótico (descrito en padecimiento actual).

Refiere que en 1975 estando en el ejercito como policía militar empezó a fumar marihuana, para soportar las caminatas en la sierra y las noches en vela 3 a 5 días aproximadamente dos veces al mes. Despues a insistencia de sus compañeros, ingerió diversos tipos de pastillas depresores, estimulantes, alcohol, e inhalando cemento y combinación de todo esto en forma variada. A los seis meses presentó súbitamente cambios en su conducta mostrándose agresivo aún con la familia amenazando con matar, presentó errores de juicio, delirios de grandeza y poder diciendo ser muy influyente y conocer a grandes personalidades, ser general y haber estado en Viet Nam y por tanto saber matar con las manos o con cualquier tipo de arma. Tener muchas esposas (actrices famosas), en este estado acude por primera vez al centro donde es controlado por medio de psicoterapia y psicofármacos durante meses disminuyó su sintomatología pero tambien dejó de asistir al centro.

En diciembre del 77 reaparece un cuadro similar con --

cambios de conducta mostrándose agresivo con errores de juicio y delirios de grandeza y poder.

A pesar del tratamiento con psicofármacos no hay cambios en su estado clínico por lo que se recomienda su internamiento. Durante tres meses estuvo internado en el hospital psiquiátrico. Al salir se mostró mas tranquilo.

Empezó a trabajar como hojalatero, sin embargo continuó drogándose. Dos días después de haber sido dado de alta reaparece su sintomatología.

En estas condiciones acude nuevamente al C I J "norte" donde reinicia tratamiento con lo cual mejora el afecto, -- mostrándose menos ansioso disminuyendo la depresión.

Abril 20/78 a Junio 8/78.

Buena evolución no ha tenido problemas, se le observamas tranquilo coopera con el interlocutor a la entrevista. Agosto 26/78 a Noviembre 29/78.

Regular evolución se han presentado ansiedad en el paciente a mediados de octubre vuelve a utilizar la droga aunque con menos frecuencia.

Diciembre 19/78.

No se ha presentado a la consulta, lo cual sucede con mucha frecuencia, primero acuden y luego desaparecen por lapsos largos.

En enero 22 del 79 acude la madre acompañando al hijo expresando que desde navidad ha tenido una conducta extraña, que le ha dado por fumar hierba silvestre, salir de casa a caminar sin rumbo aparente, que nuevamente a presentado alucinaciones, risas inmotivadas, errores de conducta graves al grado de amenazar con matarla por tal motivo es nuevamente internado.

Caso 3.

Ficha de identificación:

Esteban Alvarez José

28 años de edad

Sexo masculino

Estado civil soltero

Escolaridad: curso de programación, segundo semestre de arquitectura.

Motivo de la consulta: PD.

Paciente PD de cinco años de evolución que se presenta al centro pues se encuentra preocupado por su futuro, su forma de vida actual es totalmente insatisfactoria, frustrante, sin porvenir y no ve la forma de salir de ello.

Actualmente son cuatro integrantes en la familia, la madre e hijos el padre murió cuando el paciente tenía diez y siete años.

Las relaciones con su madre son pésimas, piensa que un tío (hermano de su madre) que vive en la misma vecindad. Y con quien ella lleva buenas relaciones la influencia poniéndola en su contra. Debido a los conflictos que tiene con la madre y hermana tiene que atenderse el solo, en algunas ocasiones la madre lo ha corrido de la casa, pero no se va porque su situación económica se lo impide. Su madre es recambrera y quien sostiene la casa, su hermana estudia inglés y el hermano secundaria, su otra hermana es casada y cuando los visita solo causa dificultades.

Expresa que en 1970, cursando la preparatoria empezó a fumar marihuana por ser de uso corriente entre sus amigos, -

en un principio este lo hizo sentirse mejor, superior a los que no fumaban. Posteriormente ingerió diversos tipos de -- pastillas, hongos e inhaló cemento, tomó alcohol, conviniendo los en diversas formas durante cuatro años aproximadamente.

Entonces ya no sentía tan placentero el efecto de las drogas, notó deterioro en su memoria y cada vez mayor dificultad en el estudio siendo esto en parte causa del abandono del mismo. Tuvo problemas con la policía por lo que determinó dejar el uso de las drogas, fue controlado durante dos -- años.

Ha tratado de ingerir de nuevo la droga, sintiendo repugnancia al hacerlo. Por tal motivo se presentó al C I J, donde ha sido controlado con psicofármacos y terapia de apoyo. José Esteban ha estado acudiendo a consulta psiquiátrica desde el 5 de julio del 78.

Noviembre 24/78.

No hay mayores modificaciones en el cuadro psicótico, -- que dentro de lo funcional se puede considerar que evoluciona bien pues trabaja en ocasiones sin aparentes problemas a dejado de ingerir las drogas desde hace dos meses, ya no encontró satisfacción alguna en ellas.

Caso 4.

Ficha de identificación:

Villaseñor Cortez Leopoldo

27 años de edad

Sexo masculino

Estado civil soltero

Escolaridad: tercer semestre de arquitectura.

Motivo de la consulta: FD.

La información se obtiene del paciente y de su madre, se realizaron ocho sesiones.

Paciente referido del hospital psiquiátrico. Acude al C I J traído por su madre por problemas de farmacodependencia.

Siempre fué un estudiante regular, cursó hasta hasta tercer semestre de arquitectura en la U.N.A.M. La farmacodependencia dio como resultado un bajo aprovechamiento escolar por dificultad para aprender.

El paciente refiere que a la edad de 17 años se interesó en el tráfico de la droga (marihuana), pues era una manera fácil de obtener dinero. Tiempo después a la edad de veinte años empezó a fumarla. Al hacerlo lo hacía sentirse tranquilo y cuando no fumaba se sentía alterado.

Para conseguir el mismo efecto tranquilizador aumentó la frecuencia hasta usarla todos los días. Posteriormente buscando "otras sensaciones", usó otras drogas (anfetaminas, estimulantes, tranquilizantes, depresores, etc) en diferentes combinaciones. Desde hace dos años, las sensaciones con estas drogas ya no son tan placenteras. Y desde hace un año

seis meses decidió definitivamente dejarlas; para lograrlo - acude al hospital psiquiátrico con la intención de internarse. Ahí le dicen que no es necesario y le prescriben diversos medicamentos. Sin embargo él no desea tomarlas suspendiéndolas el último mes. Por esta razón acude al centro, pidiendo ayuda para no volver a utilizar la droga, pero sin tener que tomar medicamentos. Tratamiento psicofármacos y psicoterapia.

Febrero 12/78 a Marzo 29/78.

Durante este tiempo el paciente no había notado mejoría. La madre muy angustiada al ver que Leopoldo se ha negado a acudir con el doctor que lo está atendiendo. Ha dejado de tomar la medicina y parece que ha empezado a utilizar la droga. Tiene semanas de no trabajar. Ahora desea estudiar piloto aviador solo que esto es muy caro y no sabe de donde puede sacar el dinero.

Abril/78.

El paciente deja de asistir a las entrevistas, suspende el tratamiento y vuelve a la utilización de la droga. La familia deja de verlo, sin saber de su paradero.

Caso 5.

Ficha de identificación:

Hernández Cervantes José Abraham

23 años de edad

Sexo masculino

Estado civil soltero

Escolaridad: primaria.

Motivo de la consulta: PD.

Paciente farmacodependiente a marihuana y anfetaminas de tres años de evolución. Explica que hace aproximadamente tres años conoció a unos jóvenes por el lugar donde vivía su novia e hizo amistad con ellos. Estos habían estado en la cárcel por delitos menores y fueron quienes lo invitaron a fumar y tomar la droga. Sintióse "bién" al hacerlo; después lo convino con alcohol y finalmente inhalando por varios meses (10).

Con su novia tuvo muchos problemas, se enojaban con frecuencia siendo ella muy inestable lo que hacía sentirse intranquilo y para evitar ese estado de ánimo fue aficionando se cada día mas a la droga, drogándose de tres a cuatro veces por semana. Después de cuatro meses tuvo otra novia y al surgir problemas nuevamente volvió con sus amigos y a la droga, en el trabajo lo sorprendieron y por ello lo despidieron.

Durante dos años continuó drogándose diariamente con marihuana, pastillas y cemento. Después de seis meses empezó a sentirse inseguro con medio de todo.

Tiene ideas delirantes siente como si su cerebro se de
tuviera (como engranes que se paran) y no puede continuar ha
blando ni pensar.

Estuvo en tratamiento por varios meses a base de psico
fármacos y psicoterapia, actualmente es un joven que a dejado-
de utilizar la droga pero su coeficiente intelectual es bajo
pues su manera de expresión es titubante y retardada.

Caso 6.

Ficha de identificación:

Paz Rojas José

22 años de edad

Sexo masculino

Estado civil soltero

Eccolaridad: tercero de bachillerato C.C.H. Vallejo.

Motivo de la consulta: FD.

Su problema se inicia cuando contaba ocho años de edad,
empezó a sentir algo especial por su hermana, sensación que-
crecía cuando observaba en los momentos de bañarse, ya que -
casi siempre lo hacían juntos hasta los 13 años de edad.

En una ocasión cuando su hermana tenía 10 años al ver-
la salir del baño sin ropa interior, empezó a jugar y force-
jar con ella hasta tirarla en la cama con juego amoroso en-
tre los dos, dándose cuenta que a su hermana le agradaba y -
correspondía a su juego. Estos juegos duraron hasta que la
hermana cumplió los trece años por temor a que los padres se
dieran cuenta. Cuando su hermana tenía quince años empezó a
tener novio, actualmente su esposo; José se sintió despla-

do, motivo por el cual se inició con la droga sin que se enterasen en su casa. El notaba una tranquilidad con los fármacos, los utilizó poco pues sentía repugnancia hacia ellos.

Indica que una tarde encontrándose en su casa inhalando cemento (primera experiencia) su hermana llegaba con su esposo y sobrino, su hermana al verlo trato de quitarle el cemento, al estar forcejando, José quiso experimentar lo mismo que cuando eran niños, la hermana lo rechazó bruscamente.

Ha respondido satisfactoriamente al tratamiento a base de psicoterapia y psicofármacos, dado que su estado de farma cod dependencia era mínimo, pues ingería la droga con poca frecuencia. En la actualidad a llegado a su total rehabilitación actualmente sigue estudiando y trabajando llevándose muy bien con la familia y amigos.

Caso 7.

Ficha de identificación:

Hernández Flores Francisco

27 años de edad

Sexo masculino

Estado civil casado

Escolaridad: tercero de secundaria, idiomas inglés, francés e italiano.

Motivo de la consulta: esposa PD.

Habla de su tristeza cuando se dió cuenta que la esposa inhalaba cemento e ingería pastillas. Solicita tratamiento para ella pues se siente con muchos problemas. Piensa el

señor que pudo ser por falta de comunicación.

De chico nunca tuvo relación con la familia hubo rechazo con el padre quien siempre fuera violento, rígido y brutal con él; además recuerda que sentía fastidio por él y deseaba que se muriera. Nunca sintió comprensión, siempre se sintió atemorizado por el padre.

De adolescente sentía pánico al hablar de los adultos, actualmente lo hace con mucha dificultad no es sociable, los trabajos a medida que pasa el tiempo lo aburren, lo angustia lo que mas desea es educar bien a su hijo por ello trata de que se rehabilite su esposa.

Junio 5/79.

Su esposa acude por primera vez al centro acompañada por él que se encuentra muy angustiado debido a que la señora sigue inhalando cemento y thinner y utilizando pastillas.

La señora no aporta datos del inicio que tuvo con la droga solo indica que quiso experimentar y después se dio cuenta que para ella era una necesidad utilizarla para sentirse bien. Inició tratamiento a base de psicofármacos y psicoterapia.

Junio 19/79.

La señora presentó mejoría y el esposo se siente más tranquilo.

Junio 26/79.

La esposa vuelve a la droga. El esposo pide se haga un cambio en el tratamiento de la señora.

Julio 3/79.

Dejan de asistir a la cita. Queda pendiente el caso -

por falta de localización ya que cambiaron de domicilio.

Caso 8.

Ficha de identificación:

Larrañaga B. José

18 años de edad

Sexo masculino

Estado civil soltero

Escolaridad: preparatoria.

Motivo de la consulta:

José Luis viene al centro acompañado por su madre en --
contra de su voluntad, él dice tener problemas sentimentales
y que en su casa nadie lo comprende.

Refiere que hace aproximadamente dos meses tuvo una --
fricción con su madre por haberle llamado la atención a sus
hermanos menores. Motivo por el cual la madre se disgustó --
con él, piensa que esta es la razón de que lo hayan traído --
al centro.

La madre explica que el paciente desde hace dos meses--
probó a inhalar cemento y tomar pastillas por influencia de--
algunos amigos, esto fue una experiencia agradable por lo --
que lo repitió por espacio de seis meses hasta que la madre--
lo descubrió y desencadenó una crisis nerviosa y un estado --
hipertensivo emotivo. Esto hizo que dejara de inhalar.

Hace cuatro meses en una fiesta probó la marihuana pro--
vocándole aturdimiento y alteración en sus percepciones, no--
la refiere como una experiencia agradable.

El paciente dice sentirse incomprendido y trata de sobreponerse a ello. Refiere haber dejado de utilizar la droga por no encontrar en ella satisfacción y si repugnancia.

Nunca manifestó alucinaciones o algún otro malestar al principio solo tranquilidad, posteriormente irritabilidad -- después de la ingestión.

Junio 15/78.

Desde que inicio el tratamiento a base de psicoterapia y psicofármacos el paciente ha tenido buena evolución.

Enero 1/79.

El paciente se adapta mas con la familia y amistades.
Marzo 15/79.

Deja de asistir a las citas por tener compromisos con sus estudios.

Abril 20/79.

El paciente se encuentra en buenas condiciones de progreso refiere no tener conflictos por ahora con su familia y su meta principal es terminar una carrera.

Caso 9.

Ficha de identificación:

Rincón Durán Enrique

?? años de edad

Sexo masculino

Estado civil soltero

Escolaridad: tercero de ingeniería.

Motivo de la consulta: FD, alcohol, pastillas y marihuana.

Acuden a terapia familiar ya que Enrique desde hace - varios meses ha estado ingiriendo alcohol en forma exagerada y tomando pastillas y fumando marihuana. Esto alarmó a la - familia por lo que han decidido buscar ayuda al C I J.

La familia está compuesta por la abuela, la pareja, -- tres hijas y cuatro hijos. Todos excepto la segunda hija -- que es casada viven en la misma casa.

Sr Rincón: hombre de 48 años de edad que ocupa el lu-- gar de mayor jerarquía en la familia, rígido poco espontáneo preocupado por la poca comunicación que hay en su familia, - poco afectivo relacionándose a través de dar objetos materia les cumpliendo como buen proveedor, no involucrado en la edu cación de los hijos con deseos de mejoría en sus status-so- cio-económico. Poco accesible para el resto de la familia.

Sra Durán: madre quien hace de mediadora entre los hi- jos y el padre. Ella es muy permisiva lo cual hace mas ende- ble la autoridad paterna. Hay un gran desequilibrio en la - actitud parental pues en su afán de mantener el control es -

exageradamente rígida y punitiva. Formando una coalición de mandante con el resto de la familia, mantiene fuera al padre.

Ella es quién se hace cargo prácticamente del cuidado de los hijos y solo deja al padre algunas intervenciones punitivas como esta "en cuanto llégue tu padre veras".

La pareja como tal no funciona adecuadamente. Los hijos forman dos grupos básicos las mujeres y los hombres; de los dos el mas representativo es el de los varones, sobre todo Enrique por ser el mayor. Estos tienen los privilegios como el de asistir a la escuela, confianza, autonomía. Pero también se espera de ellos mas logros como es el éxito en sus estudios, responsabilidad etc. Lo cual crea una situación ambivalente; que mientras se les da todo a cambio de nada explícitamente, implícitamente se exige de ellos mas en especial de Enrique, quién al parecer no pudo con esta carga buscando una mayor autonomía, expiación de culpas por haber traicionado la confianza depositada en él a travez de la droga. Actualmente vive alejado de su familia su evolución ha ido mejorando a base de psicofármacos, pues desea rehabilitarse y seguir estudiando, ha dejado de ingerir pastillas y fumar marihuana; el alcohol lo consume poco, según él suele hacerlo en ocasiones especiales.

Caso IO.

Ficha de identificación:

Diaz Ortiz Alberto

26 años de edad

Sexo masculino

Estado civil soltero

Educación: Lic en adm de empresas U.N.A.M.

Motivo de la consulta: PD.

El joven se presenta acompañado de un amigo a solicitar ayuda por su problema de farmacodependencia. Es el primero de cinco hermanos, su padre es mecánico y su madre se dedica al hogar.

Entro a la escuela a los seis años, cursó sus estudios en forma brillante con magnificas notas, terminó su carrera profesional preparando actualmente su tesis. Empezó a trabajar con el padre a temprana edad después entro a trabajar a un banco, cambiando de trabajo en cinco ocasiones, en la actualidad trabaja en condomex. Siempre fue muy popular y tuvo muchos amigos.

Después de entrar a la universidad se relacionó con una joven haciendo planes de matrimonio, incluso estas relaciones duraron tres años. Ella era muy celosa y constantemente habfa problemas terminando por esta razón sus relaciones. Fue cuando el paciente empezó a tomar alcohol con exceso, después a fumar marihuana e intoxicándose con diversas sustancias.

Después de algún tiempo acudió a consulta y mejoró no-

tablemente, se relacionó con otra joven a quién embarazó, -- practicándose un legrado y rechazando su proposición de matrimonio. Esto fue causa de que recayera con mayor intensidad que anteriormente en la drogadicción.

Es una persona muy rígida y exigente, tanto consigo -- mismo como con los demás, al grado de ser intratable. Se -- siente intranquilo y solo se mejora con la droga.

Ha dejado de asistir al centro. El problema del pa-- ciente se involucra a la vez con la familia donde los limi-- tes intergeneracionales están mal definidos principalmente -- de los hijos a los padres. Existe una desviación protectiva de parte de los padres. La patología familiar se manifiesta tomando como chivo expiatorio al hijo mayor.

Caso II

Ficha de identificación:

Sánchez E. Leonardo

Sexo masculino

Estado civil soltero

Escolaridad: primero de bachillerato.

Motivo de la consulta: FD.

Leonardo es farmacodependiente, la familia se siente - engañada y decepcionada por la conducta del joven. Al mismo tiempo están interesados en ayudarlo y por otro lado existe la fantasía de internarlo y así deshacerse del problema.

Empezó hace cuatro años según parece; y de un año a la fecha ha empeorado la situación a tal grado que ya no va a la escuela y no hace nada. Entre los síntomas esta la mitomanía, para conseguir lo que quiere se vale de las mentiras, engañando así a sus padres y hermanos con el fin de conseguir el dinero para la droga. Usa hongos, pastillas, marihuana y últimamente ha estado ingiriendo ester.

Su juicio de realidad es muy pobre por lo que no mide los peligros. Ha chocado en carretera y ha deshecho los carros de sus hermanos. Parece ser que Leonardo recibió un balazo en el brazo, lo que puede ser motivo del desencadenamiento de éste último decaimiento.

Otro de los síntomas que presenta el paciente es la regresión, ya que su lenguaje es el de un niño menor, igualmente su actitud ante la familia y los problemas.

La actitud de Leonardo ante su enfermedad es indiferente.

cia y quiere responsabilizar a los demás de lo que le pasa.

Se presentó al C I J para llevar a cabo el tratamiento psicoterapéutico, manifestando al principio una mejoría; integrándose un poco a la familia. A base de psicofármacos lo gró disminuir su interés a las drogas ingiriendo estas solo por ocasiones.

Actualmente a dejado de asistir al centro. La familia no pone nada de su parte para rescatar a leonardo y conti---nuar con el tratamiento.

Caso 12.

Ficha de identificación:

González Flores Blanca

18 años de edad

Sexo femenino

Estado civil soltera

Escolaridad: tercero de preparatoria

Motivo de la consulta: PD.

La familia acude al C I J preocupada por la costumbre de beber etilicos y ultimamente inicio la ingestión de droga (estimulantes, tranquilizantes, etc).

Refieren que Blanca se acostumbró a bebidas alcohólicas desde la muerte del padre hace cuatro años. La familia ignoraba que ella tomase, debido a que nunca ha existido comunicación entre ellas. Blanca es la cuarta hija de cinco - hermanas solo hay un varón de 12 años.

Blanca refiero que empezó a tomar alcohol a raíz de la

muerte de su padre, porque se sentía sola e incomprendida -- por la madre, ya que ésta sólo se preocupa por las clases -- que imparte en una secundaria, dado que es maestra de biología. Nos comenta que en ocasiones solo lo hacía esporádicamente sin pensar que llegaría a presintir del alcohol.

Cuando ingresé a la preparatoria mis amigos siempre me hablaban de la droga y de sus efectos, yo solo me interesaba en el alcohol. Al cursar el tercer año de la preparatoria -- notaba que no me empezaba a sentir bien y comence a tomar -- las pastillas, estimulantes para tranquilizarme.

Me he dado cuenta que me estoy haciendo daño y quiero curarme por eso vine a este centro ya que con mi familia no cuento. Deseo seguir estudiando y llegar a terminar una carrera profesional.

La madre desde en vida del padre ha sido muy dominante, logró conseguir autoridad por medio del chantaje sentimental con ayuda de la hermana mayor.

10/1/79

Blanca ha iniciado su tratamiento individual a base de psicoterapia y psicofármacos, junto con la familia con el -- fin de que se integren por completo.

Blanca ha tenido una evolución bastante favorable. Debido a que coopera en forma constante en su cura ha manifestado que ya no ha ingerido alcohol desde el inicio del tratamiento; aunque le ha costado mucha fuerza de voluntad. Referente a las pastillas y estimulantes las a dejado de tomar -- poco a poco, todavía lo hace de vez en cuando, cuando se --- siente con ansiedad o inquietud.

8/VIII/79

Actualmente solo piensa en salir bien preparada de la preparatoria para poder ingresar a la escuela profesional. -

Ella dice que lo logrará, tiene buen promedio, su evolución es magnífica y ya no recurre a las pastillas y estimulantes. Su hábito ahora son los dulces, su familia le ha puesto más atención, empieza a comunicarse e integrarse.

Caso 13.

Ficha de identificación:

Hernández García Gilberto

23 años de edad

Sexo masculino

Estado civil casado

Escolaridad: segundo de secundaria, estudia electricidad industrial.

Motivo de la consulta: PD.

Gilberto llega al C I J con su primo. Refiere que desde hace mucho tiempo atrás fue farmacodependiente cuando empezó a notar cambios severos en él. Trató de dejar la droga sin poder conseguirlo. Estuvo internado siendo su rehabilitación positiva a cabo de tres meses.

Su padecimiento actual es que empieza a reincidir en uso de las drogas porque siente que se encuentra solo, que la gente no lo entiende.

Refiere que la causa principal de su hábito a la drogadicción se inició con los conflictos familiares que tuvo con

una tía a la edad de trece años; ésta lo frustró a seguir estudiando y ha convivir con la gente. Empezó a tomar la droga estando trabajando con unos amigos como dependiente de abarrotes a la edad de 17 años siguió así hasta los 19 años en que se vió en grave estado de salud lo cual fue internado, logrando superar la crisis.

Se caso a los 21 años pero su vida matrimonial ha sido desagradable, por tener frecuentemente problemas conyugales, actualmente no vive con la esposa. Por otra parte tiene un hijo que nació con una lesión cerebral. El desea ayuda pues comienza a drogarse de nuevo (una vez por semana) no quiere caer en lo mismo; desea poner todo de su parte para vivir bien y en armonía con su esposa. Se le brindó tratamiento psicofármacos y psicoterapia lográndose franca mejoría. Actualmente Gilberto no recurre a la droga pero no deja de tener problemas con la esposa. Nos indica que teme por ello recurrir a la droga.

Caso 14.

Ficha de identificación:

Nuñez Mendoza Carolina

29 años de edad

Sexo femenino

Estado civil soltera

Escolaridad: primaria, secundaria, preparatoria
carrera Ciencias Biológicas U.N.A.M.

Motivo de la consulta: PD.

La paciente se presentó sola explicando que ha sentido muy sola. Sus padres se encuentran en tepic, lugar de origen de la familia, ella es única hija. Hace año y medio comenzó a utilizar la droga como escape de su soledad. Siente que siempre va estar así, no tiene novio y siempre hubo conflictos con los que tuvo anteriormente. Ella desea formar un hogar y tener hijos. Desea por otros medios conquistar al hombre. Al usar la droga se sentía segura, guapa y demasiado atrayente. Cuando se dió cuenta que aún utilizando la droga no atraía a nadie, la dejó por un tiempo, pero ha tenido convulsiones ligeras, alucinaciones y pérdida de peso.

Está dispuesta a cooperar, siendo lo que mas desea no utilizar la droga. Su tratamiento fue realizado a base de psicoterapia de apoyo y psicofármacos.

27/X/79

En las últimas sesiones carolina ha tenido una magnífica evolución, tiene ya relaciones con sus amigos, hay comunicación con ellos, convive con las personas donde trabaja y suele reunirse con sus amistades de vez en cuando y hace incapie que antes de volver a recurrir a la droga preferiria regresar de nuevo con nosotros.

Caso I5.

Ficha de identificación:

Sosa Montiel Jesús

20 años de edad

Sexo masculino

Estado civil soltero

Escolaridad: primaria.

Motivo de la consulta: PD.

El paciente llega con su tío a pedir ayuda porque es una persona adicta a la droga y que ha tenido cambios de conducta al grado de golpear a su madre.

Jesús refiere que empezó a utilizar la droga solo por curiosidad, pero que en ella encontró lo que siempre había deseado "tranquilidad y seguridad en sí mismo".

Como en su casa no lleva buenas relaciones con la madre y el trabajo lo agobia, inició la ingesta de la droga — primero dos veces por semana y luego diariamente.

Al principio no notaba ningún cambio en su organismo — sólo resequedad de la boca. Pero al paso de unos dos meses — observó disminución de peso, irritabilidad y agresividad, — perdiendo de esta manera el trabajo. Al llegar a su casa la madre le pidió explicaciones y sólo recibió fuertes golpes — de él.

Durante las sesiones efectuadas con Jesús a base de psicofármacos y psicoterapia, no hubo cambios favorables, si no por lo contrario aumentó la agresividad. Dejó de asistir a las siguientes sesiones.

6/V/79.

Se presenta el tío reportando que Jesús no regresará - mas a ese centro fue muerto en un pleito que tuvo con amigos que él frecuentaba.

Caso 16.

Ficha de identificación:

Sosa Ramírez Victor

30 años de edad

Sexo masculino

Estado civil soltero

Escolaridad: estudiante de medicina.

Motivo de la consulta: FD.

Paciente que muestra un estado deprimente farmacodependiente (cocaína). En un período de tres meses. Primero dos veces por semana en dosis mínimas durante su internado en el hospital del Centro Médico en Oncología.

El paciente refirió que nunca había tenido contacto -- con la droga, ni aun estando en la preparatoria; hasta que -- llegó al hospital donde por curiosidad quiso experimentar -- con ella mismo. Usándola se sentía seguro, y si continuaba con la droga, siendo médico en cualquier momento de malestar fácilmente podría tratarse.

Nunca informó de esto a nadie, sólo lo sabía un amigo-intimo en el cual confiaba ampliamente.

Se presentó al C I J con el fin según él de demostrar que la droga en dosis mínima "no afectaba" poniéndose como -

ejemplo él. Contando los síntomas que había sentido al inyectarse.

Hace dos semanas rodrigo amigo íntimo de victor nos informó lo siguiente: encontrándose en una reunión de amigos - en casa de un compañero, victor se hallaba demasiado intranquilo, su amigo noto que su expresión cambiava y a la vez su rostro presentaba palidez; presentando posteriormente un estado de shock. Con ayuda de sus compañeros victor logró salir de ese estado, sintiéndose mejor, salió de la casa abordó su auto y se retiró.

Al día siguiente la familia de victor daban la noticia a rodrigo de la muerte de victor, (12/VIII/79).

CONCLUSIONES

Después de investigar en diversos textos de farmacología y de haber estudiado treinta y dos casos de pacientes con problema de farmacodependencia, podemos concluir, que los analgésicos no narcóticos no producen adicción pero sí pueden ocasionar efectos colaterales que pueden ser de leves a graves. Mientras que los analgésicos narcóticos son ampliamente utilizados en medicina y ciencias paramédicas y entre mas potente es su efecto analgésico mayor grado de dependencia provocarán.

Son también producto de consumo fuera de la prescripción médica (narcotráfico). Existen otras sustancias tales como: tranquilizantes, sedantes, estimulantes y otro grupo de inhalantes no medicamentosos; con los cuales suelen combinar a los narcóticos los drogadictos. Observándose últimamente un aumento en consumidores jóvenes, la mayoría adolescentes y adultos jóvenes. Aunque en menores de doce años se observa el uso de inhalantes con mayor frecuencia.

En la actualidad existe orientación al respecto para curar a los ya dependientes. Sino es posible que los ya muy adictos tengan remedio, si los que se están iniciando.

La finalidad de esta orientación no es exclusivamente la curación sino la prevención, la cual esta en manos de los profesionales a nivel nacional, de profesores y otros pedagogos a nivel local y de los padres de familia a nivel del hogar.

La meta final de la prevención es crear una forma de vida, donde los jóvenes tengan un papel definido y fructífero en la sociedad, donde puedan realizarse en el arte, en la cultura, en la política, en la recreación y en la educación a través de la participación consciente de la comunidad, liberada de las trabas que le impiden su desarrollo integral.

Sólo entonces erradicaremos la farmacodenendencia.

BIBLIOGRAFIA

Libros:

Arthur C. Guyton. "Tratado de Fisiología Médica". -
4a ed. Interamericana. D.F. 1971.

William A. Sodeman. William A. Sodeman Jr. "Fisiopatología Clínica". 5a ed. Interamericana. D.F. -
1978.

Louis S. Goodman. Alfred Gilman. "Bases Farmacológicas de la Terapéutica". 4a ed. Interamericana. -
D.F. 1970.

Frederik H. Mayers. Ernest Janet. Alan Golafin. -
"Manual de Farmacología". El Manual Moderno. D.F.-
1977.

Joseph G. Chusid. "Neuroanatomía Correlativa y Neurología Funcional". 4a ed. El Manual Moderno. --
D.F. 1977.

G. Henry Kempe. Henry K. Silver. Donoug O. Brien.-
"Diagnóstico y Tratamiento Pediátricos". 3a ed. --
El Manual Moderno. D.F. 1978.

Harrison T. R. "Medicina Interna". 3a ed. La Prensa Médica Mexicana. D.F. 1970.

Erich Goode. "La adicción a las drogas en los jóvenes". Ed "Hormí" S.A. Paidós.

Leon Louis Brau. "Historia de las drogas". Ed Bru-guera S.A. D.F. 1973.

Jorge Segura Millán. "Marihuana". Tomos I y II. - 3a ed. B costa amic. D.F. 1977.

Solución y prólogo del Dr. Luis Daubi. "La verdad - sobre la droga". Promoción cultural S.A. Buenos Aires. 1973.

Dr. Guido Belsasso. Director general del centro mexicano de estudios en farmacodependencia. "Programa nacional de combate a los problemas de drogas. — Ed C.E.M.E.P. D.F. 1976.

Dra. Lynne Rabell. Directora del C.I.J. Norte. — "Centro de tratamiento y rehabilitación para farmacodependientes". Visión general.

Tesis:

Jorge Margolis Schweber. "Estudiantes en comunidad".
Facultad de Psicología U.N.A.M. D.F. 1977.

Beatriz Cristina Orosco. "Psicoterapia del grupo familiar".
Facultad de Psicología U.N.A.M. D.F. 1978.

Revistas:

A.H. Robins Series G. I. Revista médica. "Dolor abdominal".
D.F. S.A. de C.V. 1978.

Medicina de Postgrado. "La publicación de medicina-aplicada".
Volumen VI número 13. D.F. 1979.

Tribuna médica. Primer número de marzo. Tomo XXXVI
número 5. D.F. 1979.

Facultad de medicina. Folleto de la U.N.A.M. Unidad 10
ciclos IX, X. D.F. 1978.

¿Cómo identificar las drogas y sus usuarios?. Elaborado por el centro mexicano de estudios en farmacodependencia. Ed Secretaría de Educación Pública. —
D.F. 1976.

Centros de investigación:

Centro Médico La Raza. Hospital Psiquiátrico.

Centro de Integración Juvenil Dakota.

Centro de Integración Juvenil Norte.

Centro de Integración Juvenil Cuautemoc.