

CAPÍTULO 8:

FARMACODEPENDENCIA - DROGADICCIÓN

L.A.MALGOR-M.E.VALSECIA

La **farmacodependencia** o **drogadicción** forma parte de los que se considera **FARMACOLOGÍA SOCIAL** que es una rama de la farmacología que se ocupa del estudio del uso de los fármacos en relación con el medio ambiente social y cultural. En las sociedades actuales, la Farmacología social, se relaciona principalmente con el uso indebido de drogas o el abuso del consumo de fármacos por el ser humano, frecuentemente con fines no médicos.

La disponibilidad de drogas usadas con fines terapéuticos y de otras sustancias químicas que representan peligros toxicológicos para los individuos es controlada y regulada, en general en las sociedades modernas por el gobierno. Las drogas que son consideradas científicamente peligrosas por su actividad toxicomanígena, son controladas estrechamente en su producción, distribución y venta y aquellas que no tienen actividad terapéutica útil son prohibidas por completo.

Existe una gran cantidad de fármacos que pueden modificar el estado de ánimo, los sentimientos, las emociones, el pensamiento y el juicio crítico.

Muchos de estos fármacos son de prescripción médica, útiles para el tratamiento de enfermedades que afectan al ser humano, y que también pueden producir dependencia y adicción. Estas drogas deben utilizarse con estrecho control médico por su potencialidad toxicomanígena y adictiva. Podemos mencionar a los ansiolíticos, drogas que actualmente son de prescripción masiva y abusiva, a los hipnóticos, hipnoanalgésicos, estimulantes psicomotores y otros.

Algunas otras drogas también con capacidad toxicomanígena no tienen uso médico o si lo tienen es muy limitado, pero son drogas perjudiciales para la salud como el alcohol, la nicotina y las xantinas (cafeína). Estas drogas son **aceptadas socialmente**, dicho esto en el sentido de ser "permitidas legalmente" para

su consumo a pesar de sus efectos toxicomanígenos e indeseables.

Y por último podemos decir que existen fármacos **ilegales**, que no tienen aplicación en medicina humana y que sin embargo son toxicomanígenas, capaces de causar graves síndromes de dependencia y adicción. Entre ellos puede mencionarse la cocaína, marihuana, heroína, y el LSD-25. Existe un mercado científico que se mueve al margen de la sociedad y de las leyes, que se encarga de la producción ilegal de estas drogas, a veces con máximo grado de pureza y sofisticada tecnología.

Surge así la necesidad de clarificar acerca de los fármacos que pueden producir adicción y en tal sentido serán considerados no solo aquellos más conocidos por la comunidad, por su publicidad como tales, o por la ilegalidad de su tenencia o tráfico sino también aquellos fármacos que son comúnmente utilizados en medicina, "inocentes" desde el punto de vista médico-legal y que sin embargo por su amplio uso son capaces de provocar todos y cada uno de los fenómenos de la droga dependencia con los efectos deletéreos para el individuo y la sociedad.

La drogadicción o farmacodependencia es entonces una enfermedad BIOPSICOSOCIAL que se caracteriza por un abuso de sustancias químicas que modifican el estado de ánimo, capaces de provocar una compulsión irracional e irresistible para continuar con el uso de dichas sustancias y que genera inevitablemente un daño para el individuo y para la sociedad.

DEFINICIONES Y CONCEPTOS BÁSICOS.

DROGA o FARMACO: Existen numerosas definiciones según el enfoque que se desee destacar. La más general es la siguiente:

Droga o fármaco es toda sustancia química, natural, semisintética o sintética, utilizada para el diagnóstico, la prevención o el tratamiento de enfermedades que afectan a los seres humanos.

Se excluyen de esta definición a numerosas drogas que no tienen uso médico muchas de las cuales pueden afectar a las personas desde el punto de vista toxicológico o adictivo, por eso otra definición sería:

Droga o fármaco es toda sustancia que puede modificar o afectar la salud de los seres vivos.

En medicina, el término droga o fármaco significa simplemente el principio activo o la sustancia química que forman parte de los medicamentos que se utilizan habitualmente en terapéutica clínica.

Sin embargo a nivel popular el término DROGA fue identificándose poco a poco con aquellas sustancias químicas capaces de provocar adicción o farmacodependencia en algunas de sus formas. En realidad este es un concepto incorrecto que puede originar confusiones y por ello preferimos el agregado del término toxicomanías :

Drogas toxicomaníacas son todos los fármacos, de uso médico o no, capaces de provocar adicción o farmacodependencia.

USO INDEBIDO DE FÁRMACOS. AUTOADMINISTRACIÓN Y ABUSO:

En las sociedades modernas el hombre vive rodeado de sustancias químicas que se utilizan con las finalidades más diversas. El **uso indebido** se refiere a la situación frecuente mediante la cual se utilizan fármacos con fines no médicos o con fines médicos pero en forma irracional, sin tener en cuenta los aspectos farmacocinéticos y farmacodinámicos de las drogas en relación con la fisiopatología de la enfermedad que se pretende tratar. El uso indebido se relaciona también con la autoadministración, situación en la que los pacientes utilizan drogas de acuerdo a su propio criterio, o a veces guiándose por el criterio de terceras personas **no** médicas. Dentro de este contexto existen personalidades predispuestas, frecuentemente psicopáticas, en las que se desarrolla una tendencia al uso permanente e indiscriminado de drogas para resolver problemas de salud y muchas veces

otros problemas de la vida cotidiana. Frecuentemente se crea un ambiente propicio para el uso indebido de los fármacos, muchas veces inducido por el mismo médico, generándose diversos efectos adversos o distintas formas de dependencia o franca drogadicción como por ejemplo con el uso de ansiolíticos o psicoestimulantes.

HÁBITO O ACOSTUMBRAMIENTO: El uso reiterado, repetitivo de una droga en forma indiscriminada, genera en personas predispuestas el hábito o el acostumbramiento a la misma. Es una situación que se caracteriza por el deseo, generalmente no compulsivo de tomar una o más drogas que a veces genera efectos adversos.

En el acostumbramiento no se desarrollan todas las características de la farmacodependencia pudiendo generarse un daño más que nada individual y no social. En este tema existe una gran variación. Algunas personas se abstienen después de experimentar el uso de una droga, otras la siguen utilizando como un hábito simple sin establecer dependencia y otros individuos se convierten rápidamente en drogadictos compulsivos. Por ello el hábito o acostumbramiento al uso de drogas constituye un verdadero peligro para la sociedad.

Muchos factores influyen en la mayor o menor vulnerabilidad que presentan los seres humanos para la habituación o para el uso indiscriminado o compulsivo de una droga. Existen factores sociales como por ejemplo la mayor o menor aceptación social del uso de una droga (nicotina, alcohol, benzodiazepinas, yerba mate, café, etc.) o factores que surgen de la prohibición legal del uso de algunas sustancias químicas o actitudes de tipo **recreativas** que inducen el uso de distintas sustancias químicas, a veces en mezclas irracionales como alcohol, marihuana, antitusivos, antiparkinsonianos, antihistamínicos, anticolinérgicos y otros.

También pueden ser importantes para la habituación factores ambientales o de la comunidad que originan en los individuos tensiones psíquicas permanentes, frustraciones, etc. En estos casos los individuos con personalidad predispuesta la habituación para el consumo de drogas, sea esta legal o ilegal, desarrollan con mayor frecuencia una tendencia al consumo irracional de drogas. Por ejemplo se ha

observado que los fumadores de tabaco son más proclives a fumar marihuana que los no fumadores. La mayor o menor aceptación del uso de drogas peligrosas por la sociedad también influye significativamente en el abuso de drogas. Así, en ambientes muy permisivos donde casi se acepta socialmente el uso de marihuana, se incrementa rápidamente el uso de otras drogas como la cocaína, los alucinógenos, el LSD-25 o la heroína.

Por lo tanto el hábito simple o la habituación al consumo de drogas constituye con frecuencia el camino inicial a formas mucho más graves de drogadicción.

La habituación o acostumbamiento al uso de drogas tiene las siguientes características:

Hábito o acostumbamiento:

- a) No existe compulsión, sino un simple deseo.
- b) No dependencia física, ni síndrome de abstinencia.
- c) Efectos perjudiciales solamente para el individuo.

TOLERANCIA: La tolerancia es un fenómeno farmacológico que consiste en la pérdida progresiva de los efectos de una droga ante su uso reiterado en el tiempo, lo que obliga a incrementar las dosis para recuperar el efecto inicial. Ante el uso permanente de la dosis mayor, nuevamente el efecto tiende a perderse con el transcurrir del tiempo, lo que obliga a un nuevo aumento de dosis y así sucesivamente.

La tolerancia es un fenómeno que se desarrolla frecuentemente en los pacientes habituales o adictos a drogas y merced a su desarrollo un individuo puede finalmente tolerar dosis tan grandes que serían mortales en muchos casos, si se las utiliza de entrada. Por ejemplo es común que un morfinómano reciba diariamente dosis de 300 a 500 mg, siendo que la dosis terapéutica que desarrolla todas las acciones farmacológicas en un paciente es de 10 a 20 mg y la dosis mortal para un individuo no tolerante es de 80-100 mg. La administración de 500 mg de morfina a cualquier persona, por primera vez, sería inevitablemente letal en el término de pocas horas, por depresión respiratoria y cardiovascular.

Los mecanismos de la tolerancia han sido estudiados profundamente a nivel celular, subcelular y aún molecular. Existen en tal sentido

dos grandes formas o tipos de tolerancia a las drogas:

a) Tolerancia farmacocinética o metabólica:

Ocurre generalmente por inducción enzimática, en este caso las drogas que desarrollan tolerancia incrementan la tasa metabólica o de biotransformación, perdiendo sus efectos y eliminándose del organismo en forma mucho más rápida e intensamente en relación con el transcurso del tiempo. Por inducción enzimática estas drogas tienen la propiedad de estimular en el hígado, y más particularmente en el llamado sistema enzimático microsomal hepático, la síntesis de las enzimas que las metabolizan o biotransforman. Los mecanismos de la inducción enzimática fueron considerados anteriormente en el tema de Farmacología General (biotransformación o metabolización de las drogas).

A raíz de las administraciones diarias y continuas y con el transcurrir de los días, la síntesis de las enzimas se incrementa progresivamente y la metabolización de las mismas cantidades de la droga administrada se hace muy intensa y rápida perdiéndose sus efectos iniciales. Estos efectos solo pueden recuperarse aumentando las dosis a un nivel capaz de superar la acción enzimática, iniciándose un nuevo ciclo.

b) Tolerancia farmacodinámica:

Esta forma de tolerancia es la consecuencia de cambios adaptativos de las células afectadas por la acción de una droga determinada. En este caso las células desarrollan mecanismos intrínsecos moleculares, enzimáticos, de regulación de receptores específicos y otros, mediante los cuales las células se adaptan a la acción de una droga determinada y no responde con la misma intensidad a la acción de la droga. La neuroadaptación a los opiáceos o al alcohol es un ejemplo de este tipo de tolerancia.

Una diferencia fundamental entre ambos tipos de tolerancia es la concentración plasmática de la droga utilizada crónicamente. Mientras que en la tolerancia farmacocinética o metabólica la concentración plasmática disminuye progresivamente, por incremento de la biotransformación de la droga, en la tolerancia farmacodinámica la concentración plasmática es proporcional a las dosis administradas.

La tolerancia puede ser también **Tolerancia simple**, que es aquella en que el mecanismo se desarrolla exclusivamente para la droga en uso y **tolerancia cruzada**, que es aquella en que la tolerancia a una droga determina la existencia del mismo fenómeno para otras drogas, como por ejemplo morfina y heroína o metadona. Barbitúricos y alcohol.

DEPENDENCIA PSIQUICA:

En la dependencia psíquica solo hay un deseo de administrarse una droga, sin necesidad imperiosa, en este caso el paciente utiliza la droga como un apoyo psicológico y a veces para sentir cierta sensación de bienestar al que se ha habituado y le es útil para enfrentar las situaciones de las actividades cotidianas. En la dependencia psíquica no resulta difícil la supresión de la droga ya que no hay desarrollo de un verdadero síndrome de abstinencia ante la situación, sino solamente cierta inquietud psicológica. Es el primer paso hacia la dependencia física y el desarrollo de formas más completas de adicción. La dependencia psíquica, en las personalidades predispuestas estimula el uso de otros fármacos adictivos. Para el tratamiento de este tipo de dependencia es fundamental la psicoterapia.

DEPENDENCIA FÍSICA:

Este tipo de dependencia constituye la alteración orgánica más importante en adicción a drogas. Se desarrolla después de la administración crónica de numerosos fármacos adictivos. Es un estado que se caracteriza por la necesidad inevitable de administrarse un fármaco para mantener un funcionamiento orgánico general, dentro de límites más o menos normales.

En el estado de dependencia física ha sido posible detectar algunos cambios bioquímicos y fisiológicos a nivel celular en diversos tejidos y sistemas orgánicos comprometidos por la droga. El funcionamiento de diversos órganos y sistemas se compromete con dichos cambios y dependen luego de adquirido el estado de **dependencia física** de la existencia de cierta concentración de la droga en el organismo. Por eso la supresión brusca de la droga puede producir importantes alteraciones en el funcionamiento celular que por supuesto repercute en el funcionamiento de diversos órganos, originándose una alteración

orgánica, generalmente grave, conocida como **síndrome de abstinencia**.

Los mecanismos de la dependencia física son variados y dependen de las drogas utilizadas y de los órganos y sistemas involucrados. Generalmente el sistema nervioso central se encuentra especialmente afectado. En tal sentido diversos neurotransmisores juegan un rol importante en la generación de la dependencia física y el síndrome de abstinencia. Puede decirse que el mecanismo principal de la dependencia física, neuroadaptación o contradaptación de mecanismos neuronales que originan un estado definido como de: **hiperexcitabilidad latente**. Este es un fenómeno que se pone de manifiesto ante la supresión de la droga que origina efectos "rebotes" o de una respuesta exagerada. En general el mecanismo íntimo de la dependencia física y del síndrome de abstinencia es difícil de explicar. Para cada tipo celular o tejido afectado y para cada droga en especial, los cambios son complejos e involucran neurotransmisores diferentes.

Algunos ejemplos pueden mencionarse en lo referente a estos mecanismos íntimos de neuroadaptación en la dependencia física:

- 1) La droga puede provocar la inhibición de una enzima necesaria para la síntesis de un neurotransmisor, enzima cuya producción es autorregulada por la concentración del propio neurotransmisor.
- 2) Al estar inhibida la enzima, se reduce la síntesis del neurotransmisor.
- 3) Esto origina por autorregulación, una inducción enzimática e incremento de la síntesis de la enzima para reparar la situación.
- 4) Las enzimas de nueva producción son a su vez inhibidas parcialmente por la droga.
- 5) En el balance, la síntesis del neurotransmisor, aunque comprometida se sigue efectuando.
- 6) Ante la supresión brusca de la droga se crea una situación especial a nivel celular ya que existe una gran cantidad de la enzima que queda en disponibilidad para incrementar rápidamente la síntesis del neurotransmisor.

7) Se desarrollan entonces efectos "rebote" ocasionados por el exceso del neurotransmisor.

Estos cambios adaptativos y contradaptativos pueden observarse por ejemplo por el uso de opioides u opiáceos en algunas regiones cerebrales como por ejemplo el locus ceruleus. En este caso se produce la inhibición de la adenilciclase, mediada por la proteína inhibidora Gi, un efecto que es también producido por agonistas alfa 2 adrenérgicos. La administración crónica de morfina, produce un aumento compensatorio de la adenilciclase y de la producción del AMPc. Durante la supresión de los opiáceos estos mecanismos desarrollan la hiperexcitabilidad rebote en el locus ceruleus. Este mecanismo intracelular común permite explicar la utilidad de la clonidina y de agonistas alfa 2 adrenérgicos de acción central similares, para el tratamiento del síndrome de abstinencia originado por la supresión de los opiáceos.

Otros mecanismos también pueden desarrollarse como consecuencia de la dependencia física a los opiáceos. En tal sentido pueden ocurrir cambios en la afinidad de los receptores a los opiáceos o mecanismos de down o up regulation de estos receptores. Incluso se ha demostrado una disminución de la síntesis de proencefalina por la administración crónica de morfina, situación que puede generar cambios neuroadaptativos ante la brusca supresión.

Otro mecanismo de la dependencia física incluyen el bloqueo de la vía metabólica o de un neurotransmisor por la droga que provoca la dependencia, en este caso se desarrolla progresivamente una vía suplementaria o redundante que reemplaza al mecanismo primario, manteniéndose una situación normal. La supresión de la droga ocasiona la liberación de la vía primaria con persistencia de la vía redundante, lo que puede explicar la hipersensibilidad rebote.

Otros mecanismos han sido también postulados para explicar los cambios ocurridos por la dependencia física y el síndrome de abstinencia. Estudios neurofarmacológicos han demostrado que la **dopamina cerebral** juega un rol importante en los efectos de las drogas de abuso como los opiáceos, la amfetamina, cocaína, fenciclidina, etanol y nicotina.

Estas drogas tienen en común la propiedad de incrementar las concentraciones extracelulares de dopamina, preferentemente en el núcleo accumbens en el sistema límbico. En realidad estas drogas adictivas estimulan la liberación de dopamina preferentemente en el sistema **dopaminérgico mesolímbico** y esta propiedad probablemente se relaciona con los efectos psicoestimulantes y de recompensa, ya que son anulados cuando se administran antagonistas de dopamina, particularmente, de los receptores D1. La activación de receptores 5HT3 puede también relacionarse con la liberación de dopamina y el efecto de drogas de abuso. Se ha demostrado que la activación de estos receptores en ciertas áreas potencia la capacidad de las drogas de liberar dopamina mesolímbica. Antagonistas de receptores 5HT3 han demostrado la capacidad de anular el incremento de liberación de dopamina producida por drogas como la morfina y nicotina en las neuronas dopaminérgicas del sistema mesolímbico. Sin embargo este efecto no ocurre con amfetamina y cocaína, que estimulan la liberación de dopamina en forma independiente del sistema triptaminérgico. Esto podría posibilitar el uso de antagonistas de la 5HT3 en casos de dependencia a estas drogas e incluso en trastornos psiquiátricos caracterizados por gran ansiedad o síndromes esquizoafectivos.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA:

La supresión brusca de la administración de la droga en el adicto, genera el desarrollo del síndrome de abstinencia. Este síndrome característico para cada droga es temido por el adicto por lo desagradable de sus síntomas, por la gravedad de algunos de ellos, por la posibilidad cierta de un desenlace mortal en algunas circunstancias. El síndrome de abstinencia origina la necesidad absoluta de seguir consumiendo la droga para evitar este síndrome.

El síndrome de abstinencia de una droga se caracteriza en general por desencadenar una serie de efectos que son habitualmente contrarios a los efectos primarios de la droga involucrada. Así por ejemplo el síndrome de abstinencia a los opiáceos genera síntomas que demuestran excitabilidad del sistema nervioso central e incluso efectos periféricos, como inquietud, irritabilidad, temblores, miđrias, piloerección cutánea, a medida que progresa el síndrome puede notarse anorexia,

náuseas, vómitos y diarrea. También otros depresores del SNC como los barbitúricos y las benzodiacepinas producen síntomas de rebote con diversos grados de excitabilidad, alteraciones paroxísticas del EEG, insomnio pertinaz, gran irritabilidad y ansiedad y ocasionalmente convulsiones tónico clónicas y delirio. El síndrome de abstinencia al alcohol es posiblemente uno de los más conocidos y estudiados con aparición de un síndrome tembloroso, convulsivo y alucinatorio conocido como delirium tremens, que puede poner en peligro la vida del adicto. El cuadro de alucinaciones puede ser muy grave y se llama **alucinosis alcohólica**.

Por el contrario, la adicción a las drogas que son estimulantes del SNC producen un cuadro caracterizado por depresión, a veces muy intensa, somnolencia, fatiga general, malestar, disforia, hiperfagia, apatía grave y falta de interés y placer por la vida. Este cuadro se observa ante la supresión brusca de anfetaminas, cocaína y otros estimulantes.

SÍNDROME DE REFORZAMIENTO:

El desarrollo progresivo de dependencia física genera en los adictos un estado particular de ansiedad ante la posibilidad de la aparición de un síndrome de abstinencia por la falta de la droga. Es común que los adictos padezcan síntomas iniciales de la abstinencia por irregularidades temporales de la administración de los fármacos. En estos casos la administración de la dosis correspondiente produce una sintomatología especial de alivio rápido y muchas veces placentero que induce en el adicto una conducta de **reforzamiento** para la continuidad del uso de la sustancia química adictiva. Cada vez que la administración de la droga alivia el malestar inicial de la abstinencia se recibe un refuerzo psicológico y neurológico adicional. No es indispensable que la sensación de discomfort sea muy intensa para que la administración de la droga refuerce la conducta adictiva.

Los efectos reforzadores de las drogas involucran también a los sistemas dopaminérgicos del área tegmental ventral (ATV) del cerebro. En esta región se produce la liberación de dopamina y una estimulación del sistema mesocorticolímbico por el uso de las drogas que producen reforzamiento y esta liberación produce efectos placenteros de recompensa y alivio sintomático.

USO COMPULSIVO:

Como una consecuencia de la dependencia física y de la posibilidad de la aparición de un síndrome de abstinencia, que muchas veces el adicto ha experimentado, surge la necesidad impostergable, imperiosa, de administrarse la droga adictiva en tiempos y formas apropiados. Esta situación induce en el sujeto una **compulsión** con el objeto de conseguir la droga a cualquier precio y en cualquier situación. En la etapa final de la farmacodependencia el objetivo primordial de la vida del adicto es evitar la aparición del síndrome de abstinencia. Si en los comienzos, la droga utilizada era capaz de provocar algunos efectos euforizantes y agradables en esta etapa final y por el desarrollo de tolerancia a muchos de los efectos ya no se perciben prácticamente los mismos. Sin embargo el adicto debe continuar imperiosamente con la administración de la droga con la finalidad exclusiva de evitar el temido síndrome de abstinencia. Es decir que llegado a esta etapa, el paciente adicto utiliza la droga solo para poder continuar una vida relativamente normal debiendo tener la droga en forma imprescindible.

EFFECTOS NOCIVOS PARA EL INDIVIDUO Y LA SOCIEDAD:

Los efectos de la drogadicción constituyen un grave problema médico-social. Las consecuencias finales son como vimos, perjudiciales en primera instancia para el propio individuo y posteriormente para su familia, su ambiente laboral y para la comunidad. El paciente adicto abandona pronto sus ambiciones, ideales y proyectos, adoptando como objetivo principal la tenencia de la sustancia a la que es adicto.

La célula básica de toda organización social, la familia, tiende a disgregarse rápidamente cuando un miembro fundamental de la misma, el padre o la madre, desarrollan una drogadicción. Con mayor frecuencia los jóvenes adolescentes se sienten impulsados a experimentar los efectos de sustancias químicas que modifiquen su estado de ánimo, muchas veces mezclando las mismas. Es común el uso conjunto, en el inicio de estas experiencias, de alcohol, ansiolíticos, tabaco, algunos antitusivos o antiparkinsonianos, con efectos sobre SNC, para experimentar sensaciones extravagantes. Este es el camino inicial para

el consumo de drogas peligrosas e ilegales como marihuana o cocaína, las que frecuentemente inducen a su vez el consumo de las llamadas drogas pesadas como la heroína, LSD25, fenciclidina y otros alucinógenos. Aparecen entonces trastornos de conducta, el abandono escolar, cambio de amigos por otros con conductas similares, necesidades especiales de dinero y con frecuencia hechos delictivos, prostitución, promiscuidad y enfermedades de transmisión sexual. La utilización de la vía i.v. y las jeringas compartidas generan frecuentemente sepsis, hepatitis y el temido síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA.

Todos los recursos disponibles del adicto son utilizados para conseguir la droga, la compulsión hace que todo se subordine al uso de la droga toxicomanígena, de tal manera que el individuo adicto generalmente termina por abandonar su familia, deja de cumplir sus obligaciones laborales y sociales, arrastrando a la miseria a quienes lo rodean. Así, la actitud social del drogadicto lo convierte en un ser negativo, peligroso para la sociedad, que ha aprendido a moverse en un mundo ilegal, alejado del sector productivo en un ambiente delictivo de traficantes y otros adictos como él.

Este cuadro desolador desde el punto de vista médico social es aún más grave si recordamos que para algunas drogas la situación de dependencia es persistente y frecuente incurable. Los pacientes adictos a heroína por ejemplo, luego de ser sometidos a intensos tratamientos adecuados en Institutos especializados, con toda una metodología de reinserción social luego de la curación, sufren frecuentemente una recaída al mismo tipo de adicción estimándose que el 80% de ellos vuelve al consumo de heroína antes de los 12 meses del alta.

Luego de considerados todos los conceptos referentes a drogadicción se puede caracterizar el fenómeno de la farmacodependencia en los siguientes puntos:

1- Uso compulsivo: Existe un deseo extremo y la necesidad de seguir consumiendo la droga para evitar el síndrome de abstinencia.

2-Tolerancia: Existe una tendencia a aumentar las dosis para seguir obteniendo los mismos efectos iniciales.

3- Dependencia psíquica, física y síndrome de abstinencia: El funcionamiento orgánico general y psicológico depende a nivel celular y molecular de los efectos de la droga adictiva.

4- Efectos sociales nocivos: Existe un evidente deterioro individual y social, tanto desde el punto de vista familiar como laboral, y con frecuencia una predisposición genética adictiva en la descendencia. El paciente adicto es individuo costoso para la sociedad por su permanente mantenimiento y sus frecuentes recaídas.

Finalmente y en base a todo lo considerado podemos considerar la siguiente definición:

ADICTO: es un paciente acostumbrado al uso habitual y excesivo de una sustancia química, autoadministrada indiscriminadamente, siendo incapaz de liberarse por sí mismo de dicha dependencia perjudicial para su salud.

CLASIFICACIÓN GENERAL DE DROGAS TOXICOMANÍGENAS

- 1- HIPNOANALGÉSICOS O ANALGÉSICOS OPIÁCEOS
- 2- HIPNÓTICOS Y SEDATIVOS
- 3- ANSIOLÍTICOS O TRANQUILIZANTES MENORES
- 4- PSICOESTIMULANTES
- 5- ALUCINÓGENOS O DROGAS PSICODÉLICAS
- 6- VAPORES DE LÍQUIDOS VOLÁTILES
- 7- ALCOHOL
- 8- NICOTINA (TABACO)
- 9- MISCELÁNEOS

1-HIPNOANALGÉSICOS O ANALGÉSICOS OPIÁCEOS

a. Alcaloides naturales del opio

Morfina
Codeína
Tebaína

b. Semisintéticos

Heroína
Hidromorfona
Oxicodona
Hidrocodona

c. Sintéticos

Meperidina
Fentanilo
Propoxifeno
Metadona
Pentazocina

Buprenorfina
Nalbufina
Alfentanil

2.HIPNÓTICOS Y SEDATIVOS

a.Barbitúricos

Fenobarbital
Pentobarbital
Secobarbital
Amobarbital

b.No barbitúricos

Glutetimida
Metiprilon
Metacualona
Etilclorovinol

3.ANSIOLÍTICOS O TRANQUILIZANTES MENORES.

Diazepam
Nitrazepam
Lorazepam
Flurazepam
Alprazolam
Clorazepato
Bromazepam
Midazolam
Flunitrazepam

4. PSICOESTIMULANTES

a. Cocaína

b. Derivados de la fenilisopropilamina:

Amfetamina
Dextroamfetamina
Metamfetamina
Anorexígenos:
Dietilpropión
Fenmetrazina

Clorfentermina
Mazindol

c. Metilfenidato

d. Xantinas:

Cafeína
Teofilina
Teobromina

5- ALUCINÓGENOS O DROGAS PSICODÉLICAS

Dietilamida del ácido lisérgico (LSD 25)
Mezcalina
Psilocibina
Bufotenina
Marihuana (delta-9-tetrahidrocannabinol, cannabidiol)
Fenciclidina (PCD, polvo de ángel)

6. VAPORES DE LÍQUIDOS VOLÁTILES

Gasolina
Tinhners
Quitaesmaltes
Acetona
Cementos sintéticos
Pegamentos
Fluido para encendedores
Bencina

7.ALCOHOL

8.NICOTINA (TABACO)

9.MISCELÁNEOS:

Anticolinérgicos sintéticos
Antiparkinsonianos
Antitusivos diversos