



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 146 -2022-DG-HVLH/MINSA

Magdalena del Mar, 23 de Setiembre de 2022

Vistos: el expediente N° 2200013272, que contiene la Nota Informativa N°152-2022-DEm-HVLH/MINSA, emitida por la Jefa del Departamento de Emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público y, por lo tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, la atención de la salud requiere de una serie de procedimientos clínicos que se sustentan en criterios médico científicos, determinación de diagnósticos y de tratamiento, por lo cual es necesario estandarizar dichos procedimientos con la finalidad de fortalecer el acto médico, la calidad de atención de la salud y el uso adecuado de los recursos;

Que, mediante Resolución Ministerial N°302-2015/MINSA, se aprobó la Norma Técnica N° 117-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", cuya finalidad es contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica", con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a través de la formulación de Guías de Práctica Clínicas que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o local;

Que, conforme a lo establecido en el artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, determina los objetivos funcionales generales asignados al Hospital, siendo entre ellos, numeral d) Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de psiquiatría y salud mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su familia;

Que, mediante documento del Visto, la Jefa del Departamento de Emergencia, remite a la Dirección General del Hospital Víctor Larco Herrera, la Guía de Práctica Clínica de Manejo de Trastornos Mentales y del Comportamiento Debido a Sustancias Psicoactivas (F10-F19); con la finalidad de mejorar la atención de los pacientes que acuden al departamento de Emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera;

Que, mediante Nota Informativa N° 095-2022-OEPE-HVLH/MINSA, emitida por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, que hace suya el Informe N° 076-2022-UFPOP-OEPE-HVLH/MINSA efectuado por la Unidad Funcional de Planeamiento, Organización y Proyectos, a su cargo; donde indica que la Guía de Práctica Clínica de Manejo de Trastornos



Mentales y del Comportamiento debido a Sustancias Psicoactivas (F10-F19) del Hospital Víctor Larco Herrera, está regulada por la NTS N° 117-MINSA/DGSP-V 01, "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud" aprobada por Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA y a la estructura indicada en el numeral 6.1. Estructura de los documentos normativos, precisado en el literal 6.1.3 Guía Técnica, en las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", aprobado por Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA; y solicita su aprobación mediante acto resolutivo;

Que, en consecuencia, por convenir a los intereses funcionales institucionales que permitan un mejor cumplimiento de los fines y objetivos de la institución, resulta necesario formalizar su aprobación, mediante la emisión del correspondiente acto de administración;

Estando a lo informado por la Jefa del Departamento de Emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera; y,

Con el visto bueno del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, de la Jefa del Departamento de Emergencia, de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica, y del Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico; y,

De conformidad con lo previsto en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- APROBAR la Guía Técnica denominada: "GUÍA DE PRACTICA CLINICA DE MANEJO DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (F10 – F19)" del Hospital Víctor Larco Herrera; la misma que en documento adjunto a folios veintiuno (21) forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo Segundo.- DISPONER, que la Oficina de Comunicaciones, efectúe la publicación de la presente Resolución Directoral, en el Portal Institucional del Hospital "Víctor Larco Herrera" (www.larcoherrera.gob.pe)

Regístrese y comuníquese

Ministerio de Salud
Hospital Víctor Larco Herrera

.....
Med. Elizabeth M. Rivera Chávez
Directora General
C M P 24232 R N E. 10693

EMRCH/JRCR/AMZT/MYRV.

Distribución:

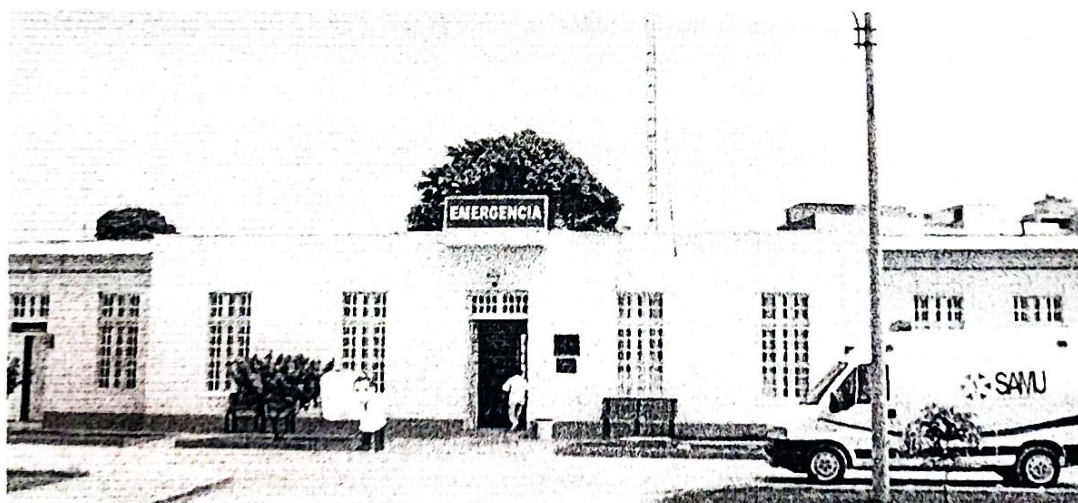
- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Departamento de Hospitalización
- Archivo



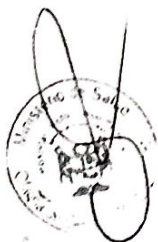
**HOSPITAL NACIONAL VÍCTOR LARCO HERRERA
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA**



**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE MANEJO DE
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
DEBIDO A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (F10-F19)**



2022



ÍNDICE

I. FINALIDAD	3
II. OBJETIVO	3
III. AMBITO DE APLICACIÓN	3
IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR.	3
4.1 Nombre y Código	3
V. CONSIDERACIONES GENERALES.....	4
5.1 DEFINICIÓN.....	4
5.2 ETIOLOGÍA.....	4
5.3 FISIOPATOLOGÍA.....	5
5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	7
5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	8
5.6 FACTORES DE PROTECCIÓN:	9
5.7 FACTORES DE RESILIENCIA.....	9
VI CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.....	9
6.1 CUADRO CLÍNICO.....	9
6.2 DIAGNÓSTICO	14
6.3 EXAMENES AUXILIARES	15
6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA....	15
6.5 COMPLICACIONES	18
6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA.....	19
6.7 FLUXOGRAMA	19
VII ANEXOS	20
VIII REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS O BIBLIOGRAFÍA.....	20



I. FINALIDAD

Mejorar la atención de los pacientes que acuden al departamento de emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera (HVLH).

II. OBJETIVOS

- 2.1 Unificar el tratamiento para trastornos por consumo de sustancias de los pacientes que acuden a emergencia del HVLH.
- 2.2 Mejorar la atención que se brinda a los pacientes que acuden al departamento de emergencia por trastornos debidos al consumo de sustancias.
- 2.3 Apoyar a las decisiones del médico de guardia en su tratamiento de acuerdo a su criterio clínico y de evaluación.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

Departamento de Emergencia del Hospital Víctor Larco Herrera.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

4.1 Nombre y Código

Los trastornos mentales por consumo de sustancias están comprendidos en el CIE-10 (según OMS) entre los códigos de F10-F19.

El diagnóstico principal debería clasificarse, de acuerdo con la sustancia o grupo de sustancias que ha causado o ha contribuido más al síndrome clínico que se presenta. Los trastornos mentales por consumo de sustancias pueden ser los siguientes:

- F10: Trastorno mental y del comportamiento debido a consumo de alcohol.
- F11: Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de opiáceos.
- F12: Trastorno mental y del comportamiento debido al uso de cannabinoides.
- F13: Trastorno mental y del comportamiento debido al uso de sedantes o hipnóticos.
- F14: Trastorno mental y del comportamiento debido al uso de cocaína.
- F15: Trastorno mental y del comportamiento debido al uso de otros estimulantes.
- F16: Trastorno mental y del comportamiento debido al uso de alucinógenos.
- F17: Trastorno mental y del comportamiento debido al uso de tabaco.
- F18: Trastorno mental y del comportamiento debido al uso de disolventes volátiles.
- F19: Trastorno mental y del comportamiento debido al uso de múltiples drogas y a otras sustancias psicoactivas.

A su vez el diagnóstico se codifica con un cuarto dígito:

- F1x.0: Intoxicación aguda
- F1x.1: Uso nocivo
- F1x.2: Dependencia a sustancia
- F1x.3: Estado de abstinencia
- F1x.4: Estado de abstinencia con delirio
- F1x.5: Trastorno psicótico
- F1x.6: Síndrome amnésico
- F1x.7: Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío
- F1x.8: Otros del comportamiento
- F1x.9: Trastorno mental y del comportamiento no especificado



V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 Definición

Sustancias Psicoactivas: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), las sustancias psicoactivas (SPA) son diversos compuestos naturales o sintéticos que actúan sobre el sistema nervioso, alterando las funciones cognitivas, emocionales, perceptuales, sensoriales, motoras y vegetativas, asimismo, son susceptibles de crear dependencia.

Trastornos Mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas: Presentan distintas formas clínicas, atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas, las cuales pueden o no haber sido prescritos por el médico. Estos trastornos implican un patrón patológico de comportamientos en los que los pacientes continúan utilizando una sustancia a pesar de experimentar problemas significativos relacionados con su uso. También puede haber manifestaciones fisiológicas.

Síndrome de Abstinencia: Es el conjunto de síntomas físicos que se ponen de manifiesto cuando se deja de consumir de manera repentina una sustancia adictiva y cuando disminuye la concentración en la sangre o en los tejidos de un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. El síndrome de abstinencia es consecuencia de los cambios adaptativos provocados por el consumo continuado de la sustancia.

Abuso de Sustancias: De acuerdo con la definición de la APA, es el consumo repetido y desadaptativo de la sustancias con consecuencias adversas significativas relacionadas con este consumo repetido. Por ejemplo, puede darse el incumplimiento de obligaciones escolares o laborales, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso (conducción de un automóvil), problemas interpersonales o sociales recurrentes.

Dependencia de Sustancias: La dependencia de sustancias se caracteriza esencialmente por un conjunto de síntomas fisiológicos, cognitivos y de comportamiento, que indican que el sujeto continúa consumiendo a pesar de los problemas significativos relacionados con su consumo.

Se hace referencia a un estado de adaptación (cambios neurofisiológicos) de las células, circuitos, órganos o sistemas que se produce como consecuencia de una estimulación excesiva de los mismos por una sustancia (medicamento o droga).

5.2 Etiología

Las causas de la adicción son múltiples, entre las principales tenemos:

- **Socioeconómicas, culturales y geopolíticas:** Las circunstancias sociales tienen una gran importancia en el desarrollo de las adicciones. Cuanto más accesible y más económica es una droga, más se extiende su consumo y genera más personas adictas. Si, además, su publicidad es permitida (como es el caso del alcohol y el tabaco), el problema se hace aún más grande. La legalización de drogas propicia el aumento de personas con adicción, así como la presión de grupo que sufren los adolescentes y las influencias de personas mediáticas.
- **Familiares:** Distintos estudios enfatizan el rol de la familia para el desarrollo del consumo de sustancias en las personas. Estas determinan ciertas características que se repiten en los familiares de personas adictas los cuales son:
 - Disfunción familiar, predominando la falta de comunicación entre los integrantes.
 - Indisciplina: Desaseo, desorden, descontrol, complacencia, no suele existir límites entre los integrantes de la familia o estos no se respetan.



- Ausencia de la autoridad de los padres: Crianza sin límites ni medidas correctivas para los hijos, sentimientos de culpa. Descalificación entre los padres.
 - Fomentación de patrones de comportamiento adictivos entre los integrantes de la familia, fragmentación familiar, estilos de vida poco responsables.
 - **Psíquicas:** Hay ciertas características de las personas que predisponen a que puedan acceder al consumo de sustancias psicoactivas, entre las más frecuentes encontramos: inmadurez extrema, odio a sí mismo y a los demás, soledad, aflicción, evasión a solucionar los conflictos, impulsividad, poca tolerancia a ceñirse a las reglas, manipulación, victimización de las circunstancias.
 - **Biogenéticas:** hay consenso entre los autores al considerar el modelo multifactorial que explica de forma más adecuada el desarrollo de las adicciones. De manera que es la interacción entre lo genético y lo ambiental lo que daría lugar al trastorno. Teniendo los factores ambientales la influencia decisiva para el desarrollo de las adicciones y estimando que los factores genéticos contribuyen en el 40-60% en la vulnerabilidad; es decir los genes no son la causa de la enfermedad, sino que confieren una susceptibilidad para el desarrollo de la misma.
 - **Neurobiológicas:** las adicciones son una enfermedad neurobiológica con base en el circuito de recompensa auto gratificante, localizada en el sistema mesocorticolímbico dopaminérgico del sistema nervioso central (constituido principalmente por el locus coeruleus, el núcleo accumbens, el área tegmental ventral y el bulbo olfatorio. La activación de este sistema y en particular de las áreas tegmental ventral, núcleo accumbens, amígdala y corteza prefrontal a través de las vías dopaminérgicas y glutamatérgicas, constituye una vía común en las cuales diversas drogas de abuso median sus efectos de refuerzo.
- También, se ha establecido que los neurotransmisores cerebrales, noradrenalina, serotonina, GABA, endorfinas y la dopamina, al igual que los neuro receptores D1, D2 y D3 (20), son los responsables neuroquímicos de la sensación hedonística irrefrenable que esclaviza al adicto a rituales de los cuales no se puede liberar por sí mismo (21). Las adicciones sean químicas, lúdicas, conectivas y sociales causan neurodegeneración (22) y trastornos de los circuitos neuronales principalmente del lóbulo prefrontal (23), motivo por el cual se deteriora el comando racional y ético del comportamiento; igualmente causan pérdida del control inhibitorio de los impulsos agresivos y tanáticos procedentes de la su corteza (antiguamente denominados cerebro reptil y cerebro mamífero).

Existen estudios por imágenes que proporcionan evidencia de la implicancia de la corteza frontal en los diferentes aspectos relacionados a la adicción a las drogas, los cuales explican el fortalecimiento de las respuestas a dichas sustancias durante la intoxicación, su activación durante el ansia y su desactivación durante la retirada. La participación de la corteza frontal a lo largo de estas fases cíclicas de la adicción probablemente juega un papel importante en los cambios emocionales y de comportamientos cognitivos que perpetúen la autoadministración de drogas y que se destacan en el modelo neurobiológico denominado I-RISA (Impaired Response Inhibition and Salience Attribution), enfocado en la corteza orbitofrontal que es la que le da el valor a un reforzador y en la corteza del cíngulo, encargada de la inhibición de las conductas de deseo. Igualmente, la amígdala es crucial en la generación del componente emotivo. Este modelo aborda básicamente la polaridad entre el valor de un reforzador y la habilidad de inhibir la conducta.

5.3 Fisiopatología

Las sustancias adictivas se comportan de manera similar a las recompensas naturales como son el comer, ingesta de líquidos, sexo o las relaciones sociales, dormir. Todas producen placer desde la perspectiva conductual y vertiente neurobiológica actuando sobre los mismos mecanismos neurales, pero teniendo un comportamiento distinto. En el caso



de las recompensas naturales una vez consumidas se desencadena un efecto de saciedad disminuyendo la liberación de dopamina. A diferencia de ello las sustancias adictivas en vez de disminuir la liberación de dopamina la aumenta generando un efecto de sensibilización dopaminérgica, lo cual se incrementa cuando las sustancias adictivas se consumen de forma repetida y de manera intermitente.

La capacidad de las drogas de alterar los mecanismos de la recompensa sin saciarlos, produciendo en su lugar sensibilización es lo que las hace adictivas.

El sistema dopaminérgico de la recompensa está constituido por las vías, cuyo neurotransmisor es la dopamina, tienen su origen en el área tegmental ventral (ATV) y se proyectan sobre distintas regiones del sistema límbico (sistema mesolímbico).

Entre las estructuras del sistema límbico debemos destacar el núcleo accumbens (NAc), núcleo de la recompensa por excelencia, la amígdala y regiones relacionadas y el hipocampo. Todas estas regiones del cerebro son esenciales en el proceso adictivo. Además, el NAc, se subdivide en dos áreas distintas tanto en relación a sus conexiones con otras estructuras como por sus funciones, el "Core" y el "Shell".

El área Core tiene funciones principalmente vinculadas a la motricidad, se conecta a los ganglios basales, sustancia negra y corteza motora. Esta área se activa en gran medida en el momento de realizar acciones con significado emocional dirigidas a una meta específica.

El área Shell es la región donde la liberación de los reforzadores naturales y las drogas de abuso inducen la liberación de dopamina.

Otra región crucial en la adicción es el córtex prefrontal, donde se proyectan aferencias que tienen su origen en el ATV y constituyen el sistema mesocortical (sistema mesocortical). Durante el consumo de sustancias adictivas, la hiperactividad dopaminérgica en estas regiones puede significar, en individuos vulnerables, el inicio del proceso adictivo.

Efectos agudos: Los estudios experimentales realizados en roedores han puesto de manifiesto que, en la administración aguda, los efectos reforzantes y motivacionales de las drogas de abuso se deben, esencialmente, a un incremento de la actividad del sistema dopaminérgico de la recompensa, especialmente en el núcleo accumbens (NAc), ya sea de manera directa o indirecta.

Los estimulantes como la cocaína o la anfetamina, producen sus efectos actuando directamente sobre las neuronas dopaminérgicas en el NAc. Otras drogas, como los opiáceos producen su efecto adictivo de manera indirecta a través de receptores opiáceos que se encuentran distribuidos en el sistema mesolímbico. El cannabis, el alcohol, y la nicotina producen sus efectos reforzantes también a través de mecanismos no dopaminérgicos.

Efectos Crónicos: Durante el consumo crónico, los efectos placenteros de la droga van disminuyendo progresivamente, principalmente debido a la tolerancia y a mecanismos de neuro adaptación. Si nos fijamos en el sistema de la recompensa y, esencialmente en su neurotransmisor principal, la dopamina, durante esta etapa se produce una situación bifásica en la liberación de este neurotransmisor. Es decir en los momentos de ingesta de la droga los niveles de dopamina sináptica aumentan mientras que, cuando cesa el consumo o durante la abstinencia se produce una disminución de los niveles de dopamina. Desde la perspectiva emocional, la disminución de los niveles de dopamina, es responsable de la depresión emocional y de las alteraciones cognitivas que acompañan al consumo crónico de la droga.



Como consecuencia de la hiperactividad dopaminérgica provocada por el consumo crónico de drogas, se producen cambios neuro adaptativos en las células piramidales del córtex prefrontal (CPF). Estos cambios afectan a las neuronas del CPF a distintos niveles. Como consecuencia de la hiperestimulación repetida de los receptores D1, se producen cambios neuro adaptativos que afecta a la proteína G del sistema de señalización intracelular del receptor D1 y ello induce un desequilibrio entre los receptores D1 y D2 a favor de la activación D1 y detrimento de la actividad propia de los receptores D2. El predominio de la actividad D1 favorece un estado inhibitorio en el que solo los estímulos más fuertes pueden provocar activación y motivar la conducta, es decir los reforzadores naturales ya no podrían provocar la liberación de dopamina necesaria para activar el CPF y sobrepasar la inhibición producida por el predominio de los receptores D1, sino que solamente los estímulos asociados a las Drogas serían lo suficientemente fuertes para provocar la liberación de dopamina necesaria y activar la CPF.

5.4 Aspectos Epidemiológicos

Según las últimas estimaciones mundiales, alrededor del 5,5% de la población de entre 15 y 64 años ha consumido drogas al menos una vez en el último año, mientras que 36,3 millones de personas, es decir, el 13% del total de personas que consumen drogas, padecen trastornos por consumo.

Según la OMS más de una cuarta parte de las personas de entre 15 y 19 años del mundo son consumidores actuales de alcohol. En 2016, la prevalencia de ingesta episódica de grandes cantidades de alcohol en adolescentes de entre 15 y 19 años fue del 13,6%, estando los varones expuestos al mayor nivel de riesgo.

Alrededor de 275 millones de personas consumieron drogas en todo el mundo en el último año y más de 36 millones de personas sufrieron trastornos por su consumo, según el Informe Mundial sobre las Drogas 2021.

El cannabis es la droga psicoactiva que más utilizan los jóvenes: alrededor de un 4,7% de las personas de 15 a 16 años lo consumieron al menos una vez en 2018.

Entre 2010 y 2019 el número de personas que consumen drogas aumentó un 22%, debido en parte al crecimiento de la población mundial.

Basándose únicamente en los cambios demográficos, las proyecciones actuales sugieren un aumento del 11% en el número de personas que consumen drogas en todo el mundo para 2030.

El consumo de alcohol y drogas por parte de niños y adolescentes viene asociado a alteraciones neurocognitivas que más adelante pueden generar problemas de comportamiento, emocionales, sociales o académicos.

En el Perú se han realizado estudios para determinar el consumo de sustancias durante la pandemia por la COVID-19. En cuanto a la frecuencia de consumo de sustancia psicoactivas y la modalidad laboral durante la cuarentena, se pudo identificar que aquellos que trabajan presencialmente han consumido en mayor porcentaje sustancias como alcohol (40,7%), tabaco (10,1%), energizante (7,2%), marihuana (2,5%); asimismo, se observó que los tranquilizantes (3,9%) y otras sustancias (2,1%) presentan mayor consumo en la modalidad laboral teletrabajo. Finalmente, aquellos que han considerado como otros la modalidad laboral presentan menor frecuencia de consumo de sustancias en todas las drogas estudiadas.

Dentro de las drogas legales el alcohol es la sustancia más consumida tanto por hombres (42%) como por mujeres (34,2%), y dentro de las sustancias ilegales se observó que la marihuana es la sustancia de mayor consumo tanto en hombres (3,3%) y mujeres (1,7%) durante la cuarentena; asimismo, dentro de las regiones del Perú la sustancia legal alcohol sigue siendo la más consumida, siendo Lima una de las regiones con mayor incidencia de



consumo con el 40,9%, seguido de la región Centro con 39,1%; finalmente, la sustancia ilegal de mayor consumo durante la cuarentena es la marihuana evidenciándose mayores consumos en la región Sur (4,1%) y Norte (3,6%) del país.

Tabla 1: Frecuencia de consumo de sustancias según las características sociodemográficas

		SUSTANCIAS PSICOACTIVAS							
		Alcohol	Tabaco	Marihuana	Cocaína	Tranquilizantes	Energizantes	Éxtasis	Otras
Sexo	Hombre	42%	13,6%	3,3%	1,4%	1,3%	8,3%	0,7%	1,6%
	Mujer	34,2%	6,1%	1,7%	0,2%	4,1%	4,5%	0,3%	1,9%
Región	Lima	40,9%	10,4%	1,2%	1,2%	3,9%	4,5%	0,5%	1,7%
	Norte	37,3%	10,3%	3,6%	0,5%	2,4%	7,7%	1,1%	2,4%
	Nor-Oriental - Selva	25,1%	5,5%	1,3%	0,4%	4%	7,6%	0%	1,1%
	Centro	39,1%	6,3%	1,1%	0%	1,8%	5,3%	0,5%	1,5%
	Sur	35,9%	10,5%	4,1%	0,9%	3,2%	6,4%	0,5%	2,3%

Tabla 2: Frecuencia de consumo de sustancias según los factores de riesgo de convivencia en el contexto de Covid-19

		SUSTANCIAS PSICOACTIVAS							
		Alcohol	Tabaco	Marihuana	Cocaína	Tranquilizantes	Energizantes	Éxtasis	Otras
Algún familiar tiene alto riesgo para enfermarse por el COVID-19	No	8,1%	1,9%	0,7%	0,3%	0,5%	1,2%	0,2%	0,6%
	Si	23,1%	5,6%	1,1%	0,3%	2,4%	3,6%	0,2%	0,7%
	Tal vez	5,7%	1,3%	0,5%	0,2%	0,2%	1,1%	0,2%	0,5%
Algún familiar ha sido contagiado por el COVID-19	No	18,6%	4,3%	0,8%	0,2%	1,4%	2,8%	0,2%	0,7%
	Si	15,1%	3,6%	0,9%	0,3%	1,3%	2,7%	0,1%	0,7%
	Tal vez	3,3%	1%	0,5%	0,3%	0,3%	0,4%	0,2%	0,4%
Siento que tengo apoyo de sus familiares o amigos para hacer frente a un contagio del COVID-19	No	1%	0,2%	0,1%	0%	0,1%	0,3%	0%	0%
	Si	20%	6,9%	1,3%	0,3%	2,5%	4,6%	0,2%	1,2%
	Tal vez	7%	1,8%	0,9%	0,4%	0,6%	1,1%	0,3%	0,5%
Algún familiar ha fallecido por el contagio de virus COVID-19	No	28%	6,3%	1,7%	0,4%	2,5%	4,6%	0,3%	1,3%
	Si	9%	2,5%	0,6%	0,3%	0,6%	1,4%	0,2%	0,5%

5.5 Factores de Riesgo Asociados

5.5.1 Factores Individuales

- 5.1.5.1 Alteraciones emocionales
- 5.1.5.2 Antecedentes de TDAH
- 5.1.5.3 Personalidad orientada a la búsqueda de sensaciones nuevas.
- 5.1.5.4 Fracaso escolar
- 5.1.5.5 Baja autoestima
- 5.1.5.6 Falta de conformidad con las normas sociales.
- 5.1.5.7 Baja asertividad
- 5.1.5.8 Elevada necesidad de aprobación social
- 5.1.5.9 Dificultad para el manejo del tiempo libre
- 5.1.5.10 Falta de habilidad para tomar decisiones o resolver problemas
- 5.1.5.11 Expectativas positivas respecto a las consecuencias del consumo
- 5.1.5.12 Escasa tolerancia a la frustración
- 5.1.5.13 Falta de habilidades sociales
- 5.1.5.14 Falta de conocimiento sobre las drogas
- 5.1.5.15 Actitud favorable hacia las drogas



5.5.2 Medio Ambiente

- 5.5.2.1 Vivir en Hogares disfuncionales, violentos
- 5.5.2.2 Relación con amigos que consumen drogas
- 5.5.2.3 Vivir en lugares que brinden fácil acceso a sustancias
- 5.5.2.4 Tolerancia al consumo de drogas en el medio escolar
- 5.5.2.5 Falta de integración en el medio escolar
- 5.5.2.6 Consumo de drogas como alternativa exclusiva de ocio
- 5.5.2.7 Presión del grupo hacia el consumo
- 5.5.2.8 Publicidad de drogas legales que enganchan con valores asociados necesidades básicas de la persona.
- 5.5.2.9 Falta de recursos, difusión o facilidades para el empleo saludable del ocio
- 5.5.2.10 Tolerancia hacia el consumo de determinadas sustancias. Ej: alcohol.

5.5.3 Factores Familiares

- 5.5.3.1 Convivencia con padres alcohólicos o adictos
- 5.5.3.2 Baja cohesión familiar
- 5.5.3.3 Clima afectivo inadecuado
- 5.5.3.4 Estilo educativo familiar (exceso o defecto de disciplina)
- 5.5.3.5 Tolerancia familiar al consumo (consumos en la familia y/o permisividad)

5.5.4 Factores Hereditarios

- 5.5.4.1 Antecedentes familiares de consumo de sustancias

5.6 Factores de Protección

Son los factores que en presencia del riesgo protegen a los individuos de consumir drogas. Se puede dividir en las siguientes esferas:

5.6.1 Individuales

- 5.6.1.1 Alta autoestima
- 5.6.1.2 Personalidad orientada a evitar riesgos

5.6.2 Familiares

- 5.6.2.1 Convivencia con padres capaces de cubrir las necesidades afectivas

5.6.3 Ambiente

- 5.6.3.1 Apego a la escuela
- 5.6.3.2 Amigos poco tolerantes hacia el consumo
- 5.6.3.3 Pertenecer a redes de apoyo

5.7 Factores de Resiliencia

5.7.1 Individuales

- 5.7.1.1 Relación cercana a los padres u otro adulto que asegure un ambiente de afecto desde edades tempranas y de manera consistente.
- 5.7.1.2 Sentimientos de éxito, de control y de respeto hacia uno mismo.
- 5.7.1.3 Buena salud física y psicológica
- 5.7.1.4 Capacidad para comunicarse y negociar la toma de buenas decisiones.
- 5.7.1.5 Capacidad de rehusar actividades que pueden resultar riesgosas para su salud física o emocional. O que impliquen riesgo legal.

5.7.2 Ambientales

- 5.7.2.1 Buena red de apoyo, que incluye la familia, centro de estudios y comunidad

VI CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 Cuadro Clínico

6.1.1 Signos y síntomas

Los cambios de conducta y síntomas por el consumo de sustancias incluyen los siguientes:

- Intenso deseo de utilizar la droga (craving).
- Necesidad de consumir con frecuencia.



- El consumo o necesidad de consumir impide la concentración en otras actividades.
- Consumir mayores cantidades de la droga durante un período de tiempo más largo del pensado.
- Gastar dinero en la droga, incluso sin tener la solvencia económica para poder pagarla.
- Reducir el tiempo de las actividades sociales o recreativas debido al consumo.
- La persona continua con el consumo de drogas a pesar de tener conocimiento que le está provocando problemas en la vida o daños físicos o psicológicos.
- Tener conductas que antes no se tenía como robar para conseguir la droga. Ya sea robo en casa (se pierden cosas de la casa) o en la comunidad.
- Cambios de conducta: Esfuerzos exagerados para evitar que los familiares ingresen al cuarto, evitan contar a donde van con sus amigos. Cambios de conducta hacia familiares y amistades.
- Problemas de dinero: Mentir con frecuencia a la familia o manipular para adquirir dinero; pedidos repentinos de dinero sin explicación razonable.
- Problemas en la escuela o en el trabajo: Ausencia frecuentes de clases o del trabajo, desinterés repentino, disminución del rendimiento escolar o laboral, no cumplir con las obligaciones del trabajo o relacionadas a los estudios.
- Conducir o hacer otras actividades peligrosas bajo los efectos de la droga.
- Dedicar mucho tiempo a intentar obtener la droga o a consumirla.
- Fracasos en tus intentos de suspender el consumo de la droga.
- Experimentar síntomas de abstinencia cuando se intenta suspender el consumo.

6.1.2 Síntomas de consumo reciente de marihuana

- Sensación de euforia o sentirse «drogado»
- Percepción más intensa de los sentidos de la vista, el oído y el gusto
- Aumento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca
- Ojos rojos
- Sequedad de boca
- Disminución de la coordinación
- Dificultad para concentrarse o recordar cosas
- Tiempo de reacción más lento
- Ansiedad o pensamientos paranoides
- Olor a cannabis en la ropa o color amarillento en las puntas de los dedos
- Antojos exagerados de determinados alimentos a horas inusuales

6.1.3 Síntomas de consumo reciente de Benzodiazepinas, barbitúrico hipnóticos

- Somnolencia
- Balbuceo
- Falta de coordinación
- Irritabilidad o cambios en el estado de ánimo
- Problemas para concentrarse o pensar con claridad
- Problemas de memoria
- Movimientos involuntarios de los ojos
- Falta de inhibición
- Respiración más lenta y presión arterial reducida
- Caídas o accidentes
- Mareos



6.1.4 Síntomas de consumo reciente de Metanfetaminas, cocaína y otros estimulantes

- Exaltación y exceso de confianza
- Estado de alerta más intenso
- Mayor energía e inquietud
- Cambios de conducta o agresión
- Dicción rápida o incoherente
- Pupilas dilatadas
- Confusión, delirios y alucinaciones
- Irritabilidad, ansiedad o paranoia
- Cambios en la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la temperatura corporal
- Náusea o vómitos con adelgazamiento
- Facultades mentales alteradas
- Congestión nasal y daño en la membrana mucosa de la nariz (si se esnifan drogas)
- Llagas en la boca, enfermedades de las encías y caries dentales por fumar drogas («boca de metanfetamina»)
- Insomnio
- Depresión a medida que pasa el efecto de la droga

6.1.5 Síntomas de consumo reciente de drogas sintéticas

- Alucinaciones
- Paranoia
- Pupilas dilatadas
- Escalofríos y sudoración
- Movimientos involuntarios (temblores)
- Cambios de conducta
- Calambres musculares y apretamiento de dientes
- Relajación muscular, coordinación deficiente o problemas de movilidad
- Desinhibición
- Sentidos de la vista, el oído y el gusto más intensos o alterados
- Capacidad de juicio deficiente
- Problemas de memoria o pérdida de memoria
- Disminución del nivel de conocimiento
- Aumento o disminución de la frecuencia cardíaca y la presión arterial

6.1.6 Síntomas de consumo de Alucinógenos

El consumo de alucinógenos produce distintos signos y síntomas según la droga. Los alucinógenos más frecuentes son la dietilamida del ácido lisérgico (LSD) y la fenciclidina (PCP).

La dietilamida del ácido lisérgico puede causar:

- Alucinaciones
- Percepción de la realidad muy reducida; por ejemplo, interpretar el aporte de uno de tus sentidos como si fuera de otro, como oír colores
- Conducta impulsiva
- Cambios emocionales rápidos
- Cambios mentales permanentes en la percepción
- Frecuencia cardíaca acelerada y presión arterial alta
- Temblores



- Reviviscencias: volver a experimentar una alucinación, incluso varios años después

El consumo de fenciclidina puede causar:

- La sensación de estar separado del cuerpo y de lo que lo rodea
- Alucinaciones
- Problemas de coordinación y movimiento
- Conducta agresiva y posiblemente violenta
- Movimientos involuntarios de los ojos
- Falta de sensibilidad al dolor
- Aumento en la presión arterial y la frecuencia cardíaca
- Problemas de memoria y para pensar
- Problemas para hablar
- Facultades mentales alteradas
- Intolerancia a los ruidos fuertes
- A veces, convulsiones o coma

6.1.7 Síntomas de consumo de sustancias inhaladas

Algunas sustancias que suelen inhalarse comprenden pegamento, disolvente, corrector líquido, tinta de rotulador, gasolina, líquidos de limpieza y productos en aerosol de uso doméstico. Debido a la naturaleza tóxica de estas sustancias, los consumidores pueden presentar daños cerebrales o muerte súbita.

Los síntomas son los siguientes:

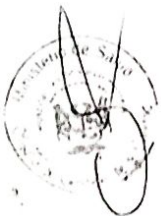
- Posesión de una sustancia inhalada sin explicación razonable
- Euforia breve o intoxicación
- Disminución de la inhibición
- Agresividad o beligerancia
- Mareos
- Náuseas o vómitos
- Movimientos involuntarios de los ojos
- Indicios de intoxicación, con balbuceos, movimientos lentos y mala coordinación
- Latidos del corazón irregulares
- Temblores
- Hedor persistente del material inhalado
- Erupción cutánea alrededor de la nariz y la boca

6.1.8 Síntomas de consumo de analgésicos opioides

Los opioides son drogas narcóticas analgésicas, que se producen a partir del opio o se fabrican sintéticamente. Esta clase de drogas comprende la heroína, morfina, codeína, metadona y la oxycodona.

Los signos y síntomas del consumo y la dependencia incluyen los siguientes:

- Reducción de la sensación de dolor.
- Agitación, somnolencia o sedación.
- Balbuceo.
- Problemas de atención y memoria.
- Pupilas contraídas.
- Falta de percepción o de atención a las personas u objetos alrededor.
- Problemas de coordinación.



- Depresión.
- Confusión.
- Estreñimiento.
- Moqueo o llagas en la nariz (si se esnifan drogas).
- Marcas de agujas (si se inyectan drogas).

6.1.9 Gráficos, diagramas, fotografías

Gráfico 1: Sistema Dopaminérgico

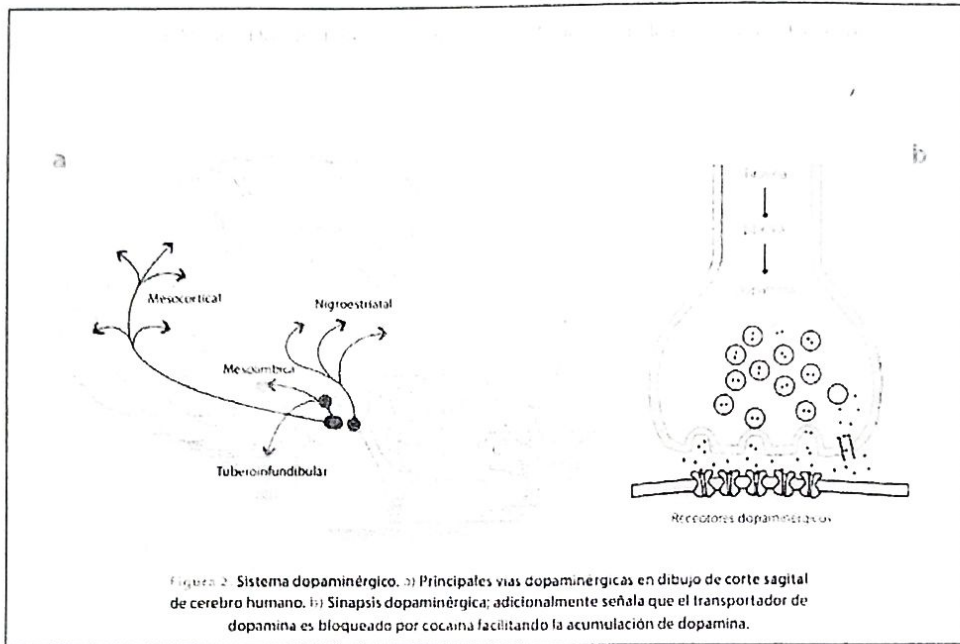


Gráfico 2: Liberación de Dopamina en el Núcleo Accumbens, inducido por el consumo de sustancias psicoactivas

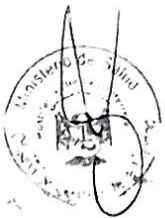
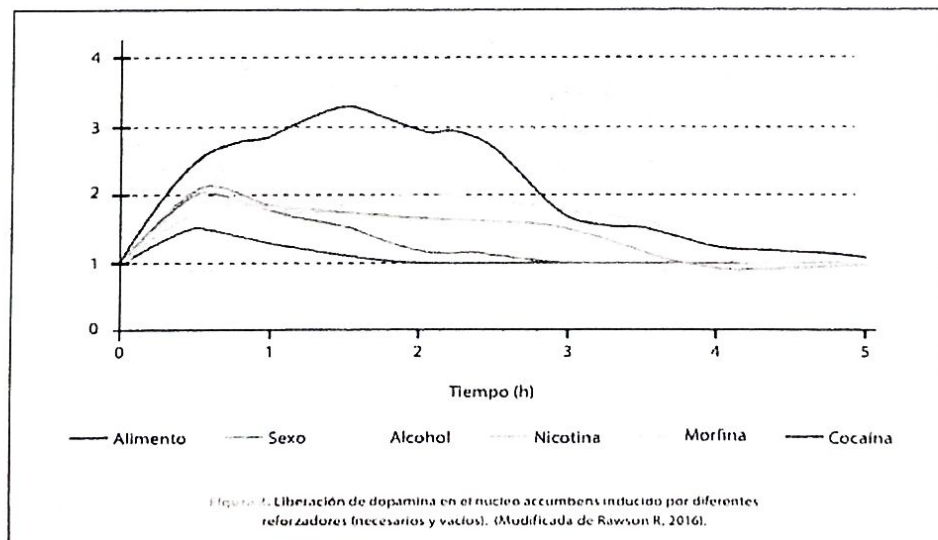


Gráfico 3: Esquema de variación de Dopamina en el consumo crónico de sustancias

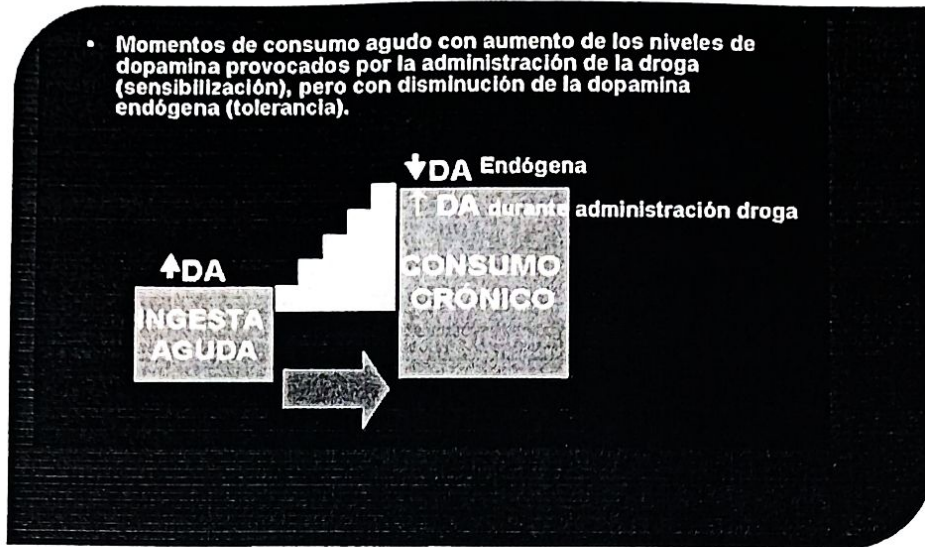
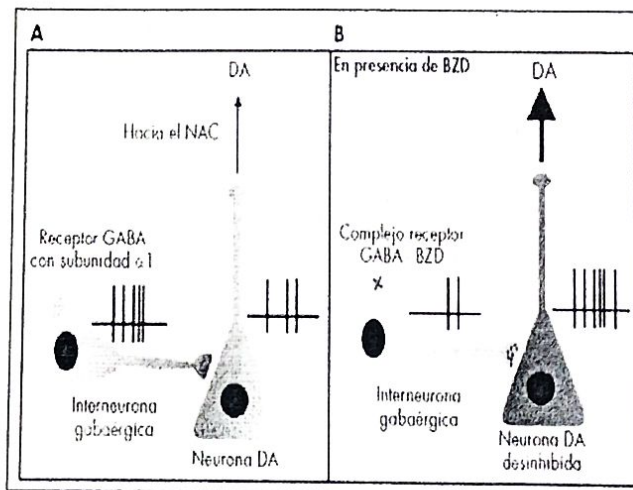


Gráfico 4: Esquema del mecanismo propuesto para la generación de dependencia física y adicción a las benzodiacepinas (BZD)



Nota: Salud Mental 2013; 36:325-329



6.2 Diagnóstico

6.2.1 Criterios Diagnóstico



Tabla 3: Criterios Diagnósticos Del Dsm-5 Para El Trastorno Por Consumo De Sustancias

Control deficitario	Consumo de grandes cantidades de sustancia o lo hace durante un tiempo más prolongado de lo previsto Deseos insistentes de dejar o regular su consumo y relata esfuerzos fallidos por disminuir o abandonar este Inversión de gran parte del tiempo intentando conseguir la droga, consumiéndola o recuperándose Deseo intenso de consumo
Detenore social	El consumo recurrente puede llevar al incumplimiento de deberes en los ámbitos académicos, laborales o domésticos Puede seguir consumiendo a pesar de los problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal causados o exacerbados por los efectos del consumo Se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias
Consumo de riesgo	Puede producirse un consumo recurrente de la sustancia incluso en situaciones en las que provoca un riesgo físico La persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psíquico recurrente o persistente que probablemente se pueda originar o exacerbar por dicho consumo
Criterio farmacológico	Tolerancia Abstinencia

6.2.2 Diagnóstico diferencial

En estados de psicosis por consumo se realiza los diagnósticos diferenciales con episodios psicótico agudo, esquizofrenia, bipolaridad.

6.3 Exámenes Auxiliares

6.3.1 De patología Clínica

6.3.1.1 Para descartar alteraciones bioquímicas o comorbilidades de enfermedades no psiquiátricas por consumo de sustancias psicoactivas: Hemograma completo, Glucosa, Urea, Creatinina, TGO, TGP.

6.3.1.2 Para descartar Enfermedades de Transmisión Sexual: VIH, VRLD

6.3.1.3 En mujeres en edad fértil y que no tengan método anticonceptivo: Test de embarazo: Sub unidad Beta.

6.3.2 De Imágenes: No amerita

6.3.3 De Exámenes especializados complementarios: Examen toxicológico en orina (Dosaje de metabolitos de marihuana y cocaína en orina)

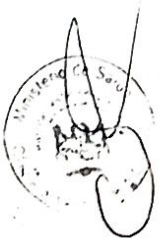
6.4 Manejo Según Nivel de Complejidad y Capacidad Resolutiva

6.4.1 Medidas generales y preventivas

Se recomienda realizar un adecuado triaje al paciente a fin de determinar que el tratamiento no sea contraproducente para el paciente.

Si el paciente está en grado de intoxicación se recomienda que primero sea estabilizado en hospital general o centro de salud de preferencia del paciente y desde ese centro se coordine la referencia para atención de emergencia

Las manifestaciones conductuales son consecuencia del consumo reciente o intoxicación de la sustancia psicoactiva, teniendo rápida respuesta a la medicación parenteral. Luego de la aplicación se evaluará el estado del paciente para determinar si se continúa el tratamiento de manera ambulatoria, si en caso no se obtuviese buen resultado ante la medicación parenteral, se podría internar al paciente.



El tratamiento para los problemas de consumo de sustancias incluye un programa especializado en el cual se dan talleres motivacionales o grupales a los pacientes, psicoeducación a los familiares, evaluaciones constantes con psiquiatra especialista en adicciones y psicología, así como distintos talleres para su rehabilitación. Dicho programa no se puede dar en las emergencias.

En la emergencia se tratará las crisis de los pacientes, ya sean por abstinencia, por agitación psicomotriz o psicosis por el consumo.

6.4.2 Terapéutica:

Para las crisis de abstinencia: Se recomienda la aplicación del midazolam 5mg 01 ampolla IM, o de Diazepam 10mg 01 ampo EV. Stat. Siempre y cuando la presión arterial esté en sus valores adecuados.

Es importante recalcar que la mediación parenteral como el Midazolam o Diazepam para las crisis de ansiedad, angustia, agitación psicomotriz pueden ocasionar hipotensión, es por ello la importancia de que el paciente se encuentre hemodinámica mente estable.

Pacientes que estén con consumo de alcohol reciente, no se recomienda que se les coloque benzodiazepinas por el riesgo hipotensor.

Para el tratamiento de la agitación psicomotriz o si hubiese síntomas psicóticos por consumo de sustancias psicoactivas: Se recomienda la aplicación de haloperidol 5mg 01 o 02 ampollas IM Stat.

Si al colocar la medicación parenteral se controla la agitación psicomotriz se procederá al tratamiento oral de manera ambulatoria.

Si fuese el caso que el paciente hubiese estado agitado previo a venir al hospital y cuando llegue, se encuentre somnoliento (propio de los efectos de las sustancias psicoactivas), se recomienda que primero se trate la intoxicación en Hospital General y de ahí nos hagan la referencia para la atención de emergencia.

A su vez se recomienda evaluar la comorbilidad en salud mental, según ello se dará el tratamiento que el paciente continuará en casa.

En estudios a doble ciego y controlado con placebo, se evaluó el uso del valproato en pacientes alcohólicos con trastorno bipolar de tipo I. Se observó que es un fármaco útil, en especial para reducir el consumo excesivo de alcohol. Se hallaron, además, diferencias leves entre los grupos en cuanto a la velocidad de remisión de la manía y probablemente de la depresión, lo que sugiere que la combinación de valproato con litio sería adecuada para mejorar los resultados. Es posible que el mecanismo involucrado en este efecto sea la acción del valproato como un compuesto similar al ácido gamma-aminobutírico, que tiene acción dopaminérgica central e inhibe la excitabilidad neuronal. Esta intervención fue bien tolerada, sin efectos importantes sobre la función hepática.

Los autores concluyen señalando que el valproato parece tener efectos beneficiosos en el control de los síntomas del estado de ánimo y la reducción del consumo excesivo de alcohol en los pacientes con trastorno bipolar y alcoholismo

En algunos estudios se habría evaluado la utilidad de risperidona y Olanzapina en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Comparadas con placebo demostrarían una diferencia estadísticamente significativa en el manejo del craving, pero desde el punto de vista clínico no está clara la estimación del efecto. Al comparar entre esos grupos de fármacos, no se demostró mismo resultado.



Se orientará a la familia y paciente para que continúe el tratamiento por consulta externa en un programa de rehabilitación.

El uso de antidepresivos también ha sido documentado y estudiado en pacientes con consumo problemático y dependientes a cocaína. En una revisión sistemática Cochrane, que incluyó 37 RCT con 3551 pacientes con y sin episodio depresivo, comparados contra placebo, agonistas dopaminérgicos o anticonvulsivantes. No se habría demostrado resultados significativos en mantención de tratamiento, abstinencia ni efectos adversos en pacientes no deprimidos.

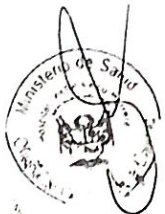
No se recomienda el uso de butirofenonas ni fenotiazinas en pacientes con consumo de cocaína ya que aumenta la depleción dopaminérgica. Sólo se justifica cuando: hay comportamiento agresivo, riesgo agresivo fuerte, síntomas psicóticos.

Si hubiese de alteraciones de la conducta por consumo de Cannabis, se puede utilizar antipsicóticos en casos que exista irritabilidad, agresividad o síntomas psicóticos. Las benzodiazepinas no se recomiendan para uso prolongado. Para la dependencia al tabaco, se puede utilizar Bupropion.

En la de dependencia a benzodiazepinas: El retiro de estas debe realizarse de forma gradual, de forma de evitar la ocurrencia de Síndrome de Abstinencia y efecto rebote en el paciente. Se ha establecido que la pauta de retirada consiste en una reducción de entre el 10 y 25% de la dosis total diaria que recibe el paciente, según el grado de dependencia que presente. La dosis calculada con este criterio debe mantenerse por al menos 2-3 semanas; antes de continuar reduciendo la dosis es necesario asegurarse que el paciente no presenta síntomas de retirada, si los presenta debe permanecer al menos una semana más en ese escalón antes de bajar al siguiente; debe evitarse regresar a una dosis mayor. Para realizar esta disminución de la dosis, puede continuarse con la misma benzodiazepina o utilizar una dosis equivalente de diazepam dado que tiene una vida media larga y se encuentra comercializado en diversas dosis, por mayor comodidad. Si estas estrategias no resultan útiles, puede intentarse un uso intermitente, ya sea como pauta fija o "a demanda", de la benzodiazepina.

La pregabalina y el gabapentina son compuestos derivados del ácido gamma aminobutírico (GABA) y comparten efectos antiepilépticos, analgésicos y ansiolíticos. En Noruega, ambas drogas están aprobadas para el tratamiento de la epilepsia y el dolor neuropático. Además, la pregabalina está aprobada para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. A pesar de su estructura química similar al GABA, la pregabalina y la gabapentina no tienen efectos gabaérgicos. Ambos fármacos inhiben la actividad de la subunidad alfa2-delta de los canales de calcio presinápticos dependientes del voltaje y provocan así una disminución del flujo de calcio en respuesta a los potenciales de acción, disminuyendo la liberación de varios neurotransmisores excitatorios, incluso el glutamato.

A pesar de sus propiedades farmacológicas, la similitud estructural de ambos compuestos con el GABA ha suscitado preocupación por el posible potencial de abuso y dependencia. La American Drug Enforcement Administration clasificó la pregabalina como sustancia controlada de clase V. La pregabalina podría ser utilizada como un sustituto seguro para las benzodiazepinas. Además, existe información que indica que la gabapentina podría ser útil para reducir el consumo y la compulsión (craving) en pacientes con



dependencia al alcohol. Asimismo, una descripción de casos sugirió que la pregabalina sería adecuada para el tratamiento del síndrome de abstinencia a las benzodiazepinas.

6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

Benzodiazepinas: Los efectos secundarios dependientes de la dosis de las BZD son la somnolencia, el letargo, la fatiga, la sedación excesiva, el estupor, los "efectos de resaca" al día siguiente, los trastornos de concentración y atención, el desarrollo de la dependencia, el rebote de síntomas (más comúnmente un trastorno del sueño) después de la interrupción, e hipotonía y ataxia. Los pacientes con miastenia gravis, ataxia, síndrome de apnea del sueño, insuficiencia respiratoria crónica, ataxia espinal y cerebelosa, glaucoma de ángulo cerrado o intoxicación aguda por depresor del SNC no deben recibir tratamiento con esta clase de fármacos.

Antipsicóticos: El uso de fármacos antipsicóticos atípicos, se asocia a la ocurrencia de efectos cardiovasculares adversos como hipotensión ortostática, taquicardia refleja y, en algunos casos, hipertensión y miocarditis. En el caso de antipsicóticos típicos se puede presentar síntomas extrapiramidales, distonías agudas.

Estabilizadores: Los antiepilépticos o estabilizadores del ánimo son teratogénicos por lo cual no se dan durante el embarazo.

6.4.4 Signos de Alarma

Funciones vitales inestables, sedación de paciente, síndrome de hiperventilación, deshidratación. Ante dicha situación el paciente debe ser derivado a hospital general

6.4.5 Criterios de alta

Remisión de síntomas de abstinencia, de agitación psicomotriz o agresividad y de síntomas psicóticos.

6.4.6 Pronóstico

Los trastornos de por consumo de sustancias, tienen un pronóstico reservado, de acuerdo a la motivación del paciente para adherirse a un tratamiento integral y del compromiso familiar.

6.5 Complicaciones

En caso en que los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas no sean detectados o tratados a tiempo, ocasionan alteraciones en la conducta de la persona, alterando su esquema de valores, lo cual propicia conductas manipuladoras hacia la familia y la sociedad.

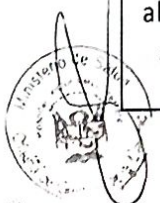
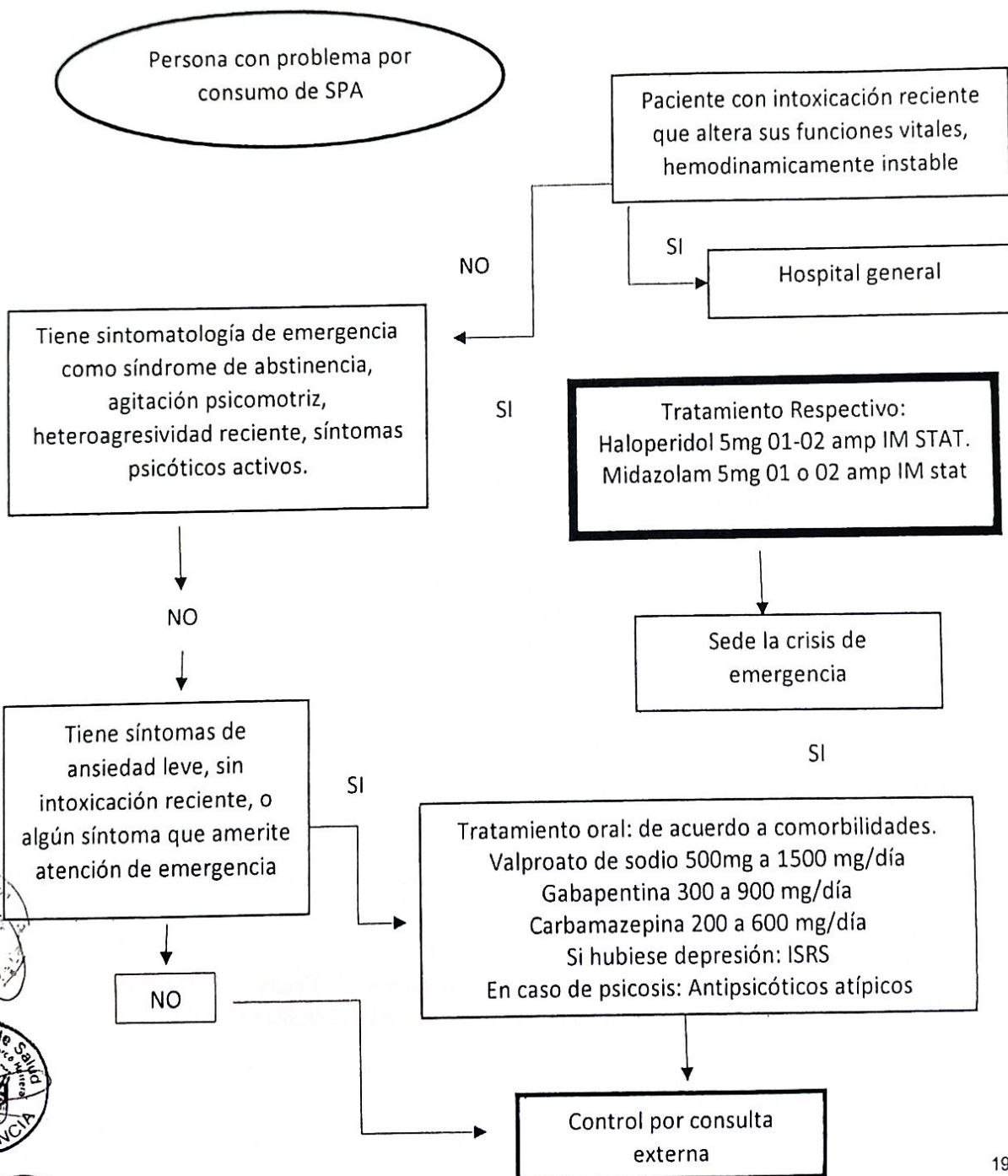
Riesgo de demencia y alteraciones cognitivas: El uso de benzodiazepinas se asocia a la aparición de problemas cognitivos, particularmente en pacientes añosos, aunque no se ha establecido con precisión si inducen un deterioro cognitivo permanente. (A. AzparrenAndia, I. García Romero, Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra, ABR-JUN 2014 VOLUMEN 22, Nº 2). La mayor parte de los estudios realizados hasta el momento, apunta hacia que el uso de benzodiazepinas (tanto actual como pasado) constituye un factor de riesgo para el desarrollo de demencia



6.6 Criterios de Referencia y Contra Referencia

Debe referirse a un hospital general a todo paciente en donde se sospeche o tenga evidencia de alguna enfermedad somática que ponga en riesgo la vida del paciente. Pacientes que estén hemodinámicamente inestable o que presenten consumo de alcohol reciente o de alguna otra sustancia psicoactiva, deben ser atendidos primero en hospital general para su estabilización y/o desintoxicación según corresponda y luego de ello ser atendidos por su patología psiquiátrica.

6.7 Fluxograma



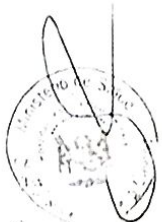
VII ANEXOS

Tabla 4: Equivalencia entre benzodiazepinas más utilizadas a dosis de Diazepam

Principio activo	Dosis equivalente de Diazepam (mg)
Lorazepam 1 mg	10 mg
Clonazepam 2 mg	20 mg
Alprazolam 1 mg	10 mg
Bromazepam 6 mg	10 mg
Midazolam 5 mg	5 mg

VIII REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud Décima Revisión de la Clasificación Internacional De las Enfermedades CIE 10.
2. Méndez-Díaz M, Romero Torres BM, Cortés Morelos J, Ruíz-Contreras AE, Prospéro-García O, Prospéro O. Artículo de revisión Neurobiología de las adicciones [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 15 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2017/un171b.pdf>
3. Artículo especial Innovación conceptual en adicciones. Martín Nizama Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v78n1/a04v78n1.pdf>.
4. Velasteguí López, E. (2018). La drogadicción como aspecto social en los adolescentes. *ConcienciaDigital*, 1(3),32-44. <https://doi.org/10.33262/concienciadigital.v1i3.899>
5. CARRANZA. Informe Mundial sobre Drogas 2021 [Internet]. Disponible en: <https://www.unodc.org/peruandecuador/es/noticias/2021/informe-mundial-sobre-drogas-2021.html>
6. Los factores de riesgo asociados al consumo de drogas [Internet]. moda | Fundación Fad Juventud. 2019 [citado el 22 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.fad.es/siof/pildora-informativa/factores-riesgo-asociados-consumo>
7. Drogadicción (trastorno de consumo de sustancias). MayoClinic.org. 2017. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/drug-addiction/symptoms-causes/syc-20365112>
8. Portero Lazcano G.. DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias: ¿son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense?. *Cuad. med. forense* [Internet]. 2015 Dic; 21(3-4): 96-104. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062015000200002&lng=es.
9. Vallejos-Flores M, Saavedra-López MA, Hernández RM, Calle-Ramírez XM, Cjuno J, Capa-Luque W. Consumo de sustancias psicoactivas en población peruana durante la pandemia COVID-19. Zenodo; 2022. Disponible en: https://www.revistaavft.com/images/revistas/2022/avft_1_2022/10_consumo_sustanciaspsicoactivas.pdf
10. Bagó L. Laboratorios Bagó Productos Éticos. Disponible en: <https://www.bago.com.ar/vademecum/bibliografia/valproato-en-los-pacientes-con-trastorno-bipolar-y-alcoholismo>



11. A Preliminary Trial: Double-Blind Comparison of Nefazodone, Bupropion-SR and Placebo in the Treatment of Cannabis Dependence. Am J Addict. 2009 ; 18(1): 53-64
12. Treatment of schizophrenia and comorbid substance abuse: pharmacologic approaches. J Clin Psychiatry. 2006;67 Suppl 7:31-5; quiz 36-7.
13. Pani PP, Trogu E, Vecchi S, Amato L. Antidepressants for cocaine dependence and problematic cocaine use. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011
14. ub.uy. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/ConsumodeBenzodiazepinasyotrossicofA1rmasosenterritorionacionalC2A02017.pdf>
15. Domínguez V, Collares M, Ormaechea G, Tamosiunas G. Uso racional de benzodiazepinas: hacia una mejor prescripción. INNOTECH. 2016 1(3):14-24. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-67972016000300002
16. Confirman la utilidad de la pregabalina para reducir el uso de benzodiazepinas en: Intramed.net. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=69107>.

