

**Carrera de Médico Especialista en Medicina Legal**



**TRABAJO FINAL DE INTEGRACION**

**“Internación psiquiátrica voluntaria e involuntaria en el marco de la Ley de Salud Mental (N° 26.657) en pacientes con consumo problemático de sustancias”**

DIRECTOR DE LA CARRERA: PROF. DR. ROBERTO FOYO

NOMBRE DEL INVESTIGADOR: DRA MARIA FLORENCIA REYNOSO

TUTOR METODOLOGICO: DR. DIEGO BERNARDIN

DIRECTOR DE TFI: DR. EMILIANO HAYQUEL, Médico Especialista en Psiquiatría y Medicina Legal.

SEDE: CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES

**Febrero 2025**

## **AGRADECIMIENTOS**

Al equipo docente quienes en el transcurso de los años de esta formación han brindado con gran predisposición y vocación todos sus conocimientos. Una mención especial, ya que uno de estos años fue en contexto de la pandemia por COVID-19, lo cual implicó todo un desafío.

A mi familia, que me acompañó durante estos años.

A mis compañeros, con quienes supimos forjar un gran equipo donde reinó la solidaridad y apoyo mutuo.

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	2
1. RESUMEN	4
2. INTRODUCCIÓN	5
3. FUNDAMENTACIÓN	6
4. MARCO TEÓRICO	8
4.1. Generalidades	8
4.2. Clasificación de las Sustancias	13
4.2.a. Alcohol	14
4.2.b. Marihuana	18
4.2.c. Cocaína	21
4.3. Dispositivos de Tratamiento	24
4.3.a Internación	24
4.3.b. Comunidad Terapéutica	25
4.3.c. Hospitalización parcial	25
4.3.d. Tratamiento ambulatorio	25
4.4. Capacidad, Principios Éticos y Consentimiento Informado	26
4.5. Responsabilidad Profesional	28
5. DEFINICIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	30
6. OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICO	31
6.1 Objetivo General	31
6.2 Objetivos Específicos	31
7. TIPO DE ESTUDIO, UNIVERSO Y MUESTRA	32
8. VARIABLES	32
9. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	32
10. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	33
11. RESULTADOS	33
12. DISCUSIÓN	35
13. CONCLUSIÓN	41
14. GRÁFICOS	44
15. BIBLIOGRAFÍA	54

## 1. RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue estudiar las características de las internaciones psiquiátricas en una población de pacientes internados por consumo problemático de sustancias de abuso, en un hospital general de agudos ubicado en la zona sur de la ciudad autónoma de Buenos Aires, en el período marzo 2021 – abril 2022.

Se hizo un estudio observacional, transversal y retrospectivo, utilizando formulario de preguntas de tipo anónimas, de Google Forms. Para ello, se realizó una revisión de historias clínicas de 35 pacientes que cursaron internaciones psiquiátricas tanto voluntarias como involuntarias en el período mencionado anteriormente. Se tomó en cuenta sustancia de abuso, edad de inicio y años de consumo problemático como probable predictor de daño cognitivo y su impacto en la capacidad del paciente.

Los resultados obtenidos mostraron un predominio de internaciones involuntarias sobre las voluntarias (74,3 – 24,7%). Con respecto al plazo de internación, se observó un predominio del período de 30 a 60 días. El cambio de carácter de internación no mostró cambios. El 71,4% presentó alteración morbosa en su juicio, por lo cual se deduce que su capacidad estaba alterada al momento de su internación. El tratamiento de elección indicado al alta arrojó los siguientes resultados, 51,4 % comunidad terapéutica, 22,9 % hospital de día, ambulatorio 14,3%, solo tratamiento psicológico 8,8% y solo tratamiento psiquiátrico 2,9%. 60% de los pacientes estudiados mostró aceptación al tratamiento indicado en su alta.

Se concluye que los pacientes con consumo problemático tienen escasa conciencia de enfermedad, motivo por el cual predominan las internaciones de carácter involuntario. Los resultados observados, permiten explicar el alto porcentaje de pacientes que no muestran cambio del carácter de la internación. Las encuestas permitieron observar que el porcentaje de pacientes que no aceptaron el tratamiento al alta se relacionó estrechamente con aquellos a quienes se les indicó comunidad terapéutica al momento de su externación.

## 2. INTRODUCCIÓN

La problemática de la drogadependencia, es considerada un flagelo en la actualidad. En nuestro medio el abuso de sustancias legales como alcohol y tabaco es predominante. Las drogas ilegales más frecuentemente consumidas son marihuana, cocaína en sus diversas formas y psicofármacos.

El uso de distintas sustancias para alterar las conductas humanas habituales fue descrito desde las más remotas culturas, generalmente limitado a personas que efectuaban ceremonias religiosas, como estímulo para enfrentar acciones bélicas, o para paliar sufrimientos físicos o psíquicos.

La sociedad postmoderna actual incita permanentemente al consumo. Presenta como principal paradigma la posesión de bienes materiales, y simultáneamente, presenta enormes dificultades para la inserción laboral de los jóvenes a fin de lograr dichos objetivos, lo cual ocasiona graves conflictos de adaptación.

Las familias con relaciones conflictivas o disgregadas, que ofrecen pocas respuestas continentales, son otro factor contribuyente a la búsqueda de evasión de esa realidad angustiante por parte de los jóvenes.

El adolescente, inerme en ese medio social hostil, con escasa formación por deficiencias del sistema educativo o marginalidad, buscando una rápida y fácil salida a su conflictiva vital, encuentra en nuestro medio una amplia oferta y acceso a drogas, que son presentadas engañosamente como facilitadores de las relaciones personales y son asumidas como el camino más directo para lograr la evasión de su realidad, iniciándose de ese modo en el consumo.

Es un fenómeno bio-psico-sociocultural. En una personalidad predisponente la adicción se va apoderando de la esfera volitiva y su energía vital es dirigida prioritariamente hacia la obtención de medios para alcanzar las sustancias. Por tal motivo, empieza a deteriorarse paulatinamente sus relaciones sociales, su actividad laboral, la pareja, la familia, etcétera, adquiriendo las características de drogadependencia.

Las actitudes vitales relacionadas con la adicción asumidas por algunos usuarios de drogas (promiscuidad, prostitución, inobservancia de medidas de bioseguridad, delincuencia y reclusión) y las diferentes vías de consumo utilizadas, determinan que algunas patologías infectocontagiosas presentan mayor prevalencia en esta población como el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, las Hepatitis B, C, entre otras.<sup>1</sup>

Los estupefacientes plantean problemas médico legales en relación con: imputabilidad; capacidad civil e inhabilitación civil; medidas de seguridad personal; corrupción; tráfico de drogas; inducción a la prostitución; ejercicio profesional; conducción de vehículos; accidentes y responsabilidad, e invalidez e incapacidad laboral.<sup>2</sup>

Los avances en neurociencia identificaron la adicción como una enfermedad cerebral crónica con fuertes componentes genéticos, de neurodesarrollo y socioculturales.<sup>6</sup> Con un fuerte impacto en la cognición del sujeto y la consecuente alteración en la toma de decisiones.<sup>8</sup>

En este contexto, como profesionales de la salud, en el ejercicio legal de nuestra profesión tenemos la obligación de responder por nuestros actos. Será nuestro objetivo y deber poner al servicio, todos los medios necesario para el cuidado de nuestro paciente. En caso de no hacerlo, el profesional tendrá la obligación de compensar por los daños producidos en su actividad, reparando y satisfaciendo las consecuencias de actos, errores voluntarios o involuntarios, previsibles y evitables al igual que sus omisiones. La ley del Ejercicio Legal de la medicina N° 17132, establece en el artículo 19 la responsabilidad profesional de respetar la voluntad de nuestros pacientes ante la negativa de tratarse o internarse, a menos que su capacidad de decidir se encuentre afectada como en el caso de que mediara riesgo para sí y / o terceros.<sup>80</sup>

En nuestro país, la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657) reconoce la importancia de abordar los trastornos por abuso de sustancia, como parte integral de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en dicha ley.<sup>4</sup>

### **3. FUNDAMENTACIÓN**

El concepto de Salud Mental es mucho más amplio que el de enfermedad mental, clarificar este concepto es de gran importancia para no confundir ambos términos en el contexto de valoración individual e integrativa de la sociedad y del inconsciente colectivo en un sentido dinámico, que tienden a marginar, directa o indirectamente, a quienes padecen estados de alteración aún transitoria de autonomía psíquica.<sup>5</sup>

La salud mental es parte de todos los componentes de la salud individual, con un sentido integral y esta condición no se limita al bienestar físico y psíquico de la

persona, sino también al bienestar social de la misma, según la definición de salud establecida en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Atribuir responsabilidad a la sustancia es un subterfugio para eludir la propia responsabilidad, y ello se tiene en cuenta si se hace referencia a las siguientes situaciones:

1. La única constante en el tratamiento del adicto a drogas es el cambio de drogas;
2. El uso de droga como fuga;
3. Estudiar mal al individuo: el problema no es la droga sino él;
4. El consumo tiene dos motivos principales: a. Evasión de la realidad, miedo al dolor psíquico o físico, la acción sedativa o eufórica o dinámica para la vida de relación; b. Búsqueda y análisis de placer.

La Ley N° 26.657 (Ley de Salud Mental), regula, entre otras cosas, la internación de enfermos mentales sea esta voluntaria o involuntaria, con severas sanciones en caso de incumplimiento.

Específicamente el artículo 4 de la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657) informa que:

- *las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental;*
- *las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.*<sup>4</sup>

El artículo 14, considera a la internación como un recurso terapéutico restrictivo y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social.

La internación involuntaria de una persona (artículo 20 de la Ley de Salud Mental N 26657) debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

Otro punto importante por considerar es el sitio donde se llevará a cabo el presente trabajo, el artículo 28 determina:

- *las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales.*

- *los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios.*
- *el rechazo de tal atención de pacientes ya sea ambulatorio o en internación, por el sólo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.<sup>4</sup>*

En el presente trabajo orientaremos nuestro estudio hacia la toma de decisión del individuo con consumo problemático de sustancias en acceder a una internación psiquiátrica para su adecuado tratamiento en contexto de un hospital público general de agudos en zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. La ley de salud mental N° 26.657 es clara al determinar las condiciones en el capítulo VII (sobre internaciones). Sabemos que, si el sujeto a priori considera la necesidad de su tratamiento de forma voluntaria en una internación psiquiátrica para el proceso de desintoxicación y luego accede a un dispositivo de día, comunidad terapéutica o lo que los profesionales tratantes consideren adecuado no será de gran conflicto. Pero ¿qué sucede con aquellos sujetos que no tienen conciencia de enfermedad o bien minimizan o subestiman el efecto del consumo? ¿Un paciente con consumo problemático de sustancias está en condiciones orgánicas para decidir acerca de una internación? ¿cuándo consideramos riesgo cierto e inminente en el paciente con adicciones? ¿Llegamos a tiempo? ¿qué sucede con la responsabilidad profesional? ¿Teme el mismo a una demanda por incumplimiento de sus obligaciones en el marco de la ley N°17132?

## **4. MARCO TEÓRICO**

### **4.1 Generalidades**

Los trastornos debido al consumo problemático de sustancias son afecciones psiquiátricas complicadas, y tanto los factores biológicos como las circunstancias ambientales son etiológicamente importantes. Este es el resultado de un proceso de múltiples factores que influyen en la conducta de consumo de drogas, generando una alteración respecto a la toma de decisiones concernientes al consumo de una sustancia determinada. Si bien, no es posible asumir que todos los individuos se convierten en dependientes, ni que experimenten del mismo modo o estén motivados por el mismo conjunto de factores.<sup>17</sup>

Entendemos por Droga a toda sustancia de consumo abusivo e incluso ilegal, que incorporada al organismo, afecta primordialmente a la actividad psíquica del individuo y es susceptible de producir hábito o dependencia. Es por ello que se denominan sustancias psicoactivas en forma genérica, como tóxicos neuropsiquiátricos que se caracterizan por:<sup>5</sup>

1. Actuar en forma mayoritaria en el cerebro;
2. Poseer toxicidad neuropsíquica, con síntomas generalmente reversibles y efectos nocivos sobre la actividad y las capacidades de funcionamiento psíquico y psicomotor;
3. Provocar una sensación primaria agradable, modificando las percepciones sensoriales y atenuando las sensopercepciones desagradables;
4. Actuar como potentes reforzadores, determinando una necesidad compulsiva para su consumo;
5. Su empleo frecuente conduce a la tolerancia, es decir a la necesidad de incrementar la dosis para conseguir el mismo efecto. A veces la tolerancia es cruzada con otras drogas de similar constitución química;
6. Después de un tiempo de uso, la suspensión brusca de su administración suele producir un síndrome de abstinencia benigno o grave, según la droga;
7. El uso frecuente, durante un tiempo prolongado y variable según la droga, el sujeto y otras circunstancias, suelen agravar enfermedades psíquicas o físicas preexistentes o hacia las cuales el drogadicto se halla predispuesto.

El abuso de sustancias interfiere en la salud, en la ocupación y en el rendimiento social. La adicción según la OMS es un patrón de conducta con las siguientes características:<sup>5</sup>

- *aferramiento insuperable al consumo*
- *búsqueda compulsiva*
- *tendencia a la recaída*

El uso, abuso y dependencia se han desperdigado por el mundo de una manera tal que representa imperiosamente un problema de Estado, dentro de la cual afecta a la salud y, dentro de ella, a la salud mental.

Haciendo historia, es innegable el deseo del ser humano por consumir sustancias que los hagan sentir relajado, estimulado o eufórico. Esto ha generado a nivel mundial matanzas y desequilibrios sociales, debido a su consumo o su producción.

En la práctica de la medicina actual, es extraño, encontrar pacientes que no consumen sustancias. Independientemente de su edad, sexo, grupo étnico y socioeconómico. Una característica en común a todos los individuos adictos es una baja autoestima; el temor a ser rechazado. Tanto la presión social, el alivio transitorio al estrés, el deseo de aumentar la energía, la necesidad de relajarse, disminuir el dolor, escapar de la realidad, recreación o la imitación de una conducta de un par, han sido motivo de la repetición de conductas adictivas.<sup>16</sup>

Desde la perspectiva de la psiquiatría, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5, 2014) nombra y clasifica al consumo problemático de sustancias como Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. Se los define como aquellos trastornos vinculados al consumo de una droga de abuso, los efectos secundarios de una medicación y la exposición a tóxicos. En el apartado acerca de las características de dichos trastornos se indica que "La característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia".<sup>11</sup>

Se ha propuesto un ciclo de tres etapas en las que ocurre un viraje de conductas impulsivas a compulsivas cuando se desarrolla la adicción:<sup>16</sup>

- *Exceso / intoxicación*
- *Abstinencia / estado emocional negativo*
- *Preocupación / anticipación*

Es de gran importancia tener en claro conceptos fundamentales a la hora de pensar en un consumo problemático de sustancias con el objetivo de distinguir y poder diseñar estrategias terapéuticas. ¿A qué nos referimos cuando hablamos de...?

- *Abuso*: es la utilización de una sustancia sin seguir las normas sociales o indicación médica.
- *Intoxicación*: es el efecto psicológico y físico de la sustancia que finaliza cuando ésta sustancia se ha eliminado.
- *Tolerancia*: situación que lleva al aumento de cantidad de sustancia para poder obtener el mismo efecto.

- *Abstinencia:* signosintomatología que aparece luego de la reducción o suspensión de la sustancia.
- *Dependencia:* es el uso habitual de cualquier sustancia que altera la actividad psicofísica. Hay uso continuo y compulsivo del consumo de drogas a pesar del daño físico y/ o psicológico para el consumidor. Conduce al abandono de actividades sociales y familiares, actividad laboral, recreativas. Ya que el tiempo del sujeto se emplea para conseguir la sustancia o bien, recuperarse de sus efectos a pesar de conocer los perjuicios que le genera.

La Oficina contra las Drogas y el Delito de las Naciones Unidas (UNODC) estima que 35 millones de personas en todo el mundo consumieron sustancias ilícitas en el año 2018. Aproximadamente 585.000 personas fallecieron en el 2017 por consumo de sustancias ilícitas. Uno de cada siete recibieron atención y de baja calidad. Los individuos que se drogaban por vía intravenosa presentaron 23 veces más riesgo de contraer HIV que la población general.<sup>9</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) establece que en los últimos treinta años el consumo de drogas ha aumentado considerablemente en todo el mundo, siendo las toxicomanías un problema de salud que en algunos países desarrollados supera en morbilidad a las enfermedades cardiovasculares y oncológicas. Se ubica de este modo, a la adicción a sustancias psicoactivas, como el mayor problema de salud pública a nivel mundial, con el tercer lugar de morbimortalidad por causas prevenibles. Un estudio realizado por la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico en el año 1999 (SEDRONAR, 1999) en base a instrumentos epidemiológicos validados para Argentina acerca del uso de sustancias psicoactivas, señaló el aumento creciente de su uso. El primer estudio comparativo realizado, en el año 2008, sobre toxicomanías y factores asociados en la población Argentina de entre 15 y 64 años de edad, por las Naciones Unidas, mostró que el 25% de la muestra consumió por primera vez cocaína, alrededor de los 16 años. En nuestro país, la franja etaria que se ve más afectada por el uso (consumo ocasional) y abuso (consumo regular) de estas sustancias, son los adolescentes. Según el mencionado estudio, la cocaína y la pasta base serían las sustancias psicoactivas ilegales que conllevan un elevado riesgo para la salud de la población.<sup>10</sup>

El National Institute of Drug Abuse y National Survey of Drug Use and Health, determinaron en el 2017 más de 19 millones de personas mayores a 12 años en Estados Unidos tenían un trastorno relacionado con sustancias en el último año. En

general más hombres que mujeres abusan de sustancias y quienes inician el consumo de modo más precoz tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno. Se ha arribado a la conclusión que los sujetos con formación universitaria poseen más consumo que aquellos con menor nivel de escolaridad, y al igual que sujetos desempleados. Si bien, hay ciertas particularidades que no son posibles de generalizar, sino que corresponden según la sustancia de abuso.<sup>17</sup>

Se ha afirmado que el trastorno por consumo problemático de sustancias es una “enfermedad cerebral”, que los procesos críticos que transforman la conducta voluntaria de consumo de droga en un carácter compulsivo son los cambios estructurales y neurobioquímicos en el cerebro. La incertidumbre radica en si estos cambios son necesarios y suficientes para explicar la conducta del consumo de sustancias. La mayoría sostiene que la situación es mucho más compleja y requiere de la interacción de múltiples factores.<sup>17</sup>

Respecto a la neurobiología de este trastorno, se han evidenciado asociaciones con genes que actúan en la producción de dopamina que explicaría con evidencia sólida el componente genético en este trastorno.

Las drogas de abuso ejercen sus efectos de refuerzo iniciales al desencadenar picos suprafisiológicos de dopamina en el núcleo accumbens que activan la vía estriatal directa a través de los receptores D1 e inhiben la vía estriado-cortical indirecta a través de los receptores D2.<sup>6</sup> La evidencia muestra que la mayoría de las drogas de abuso ejercen su efecto inicial como refuerzos mediante la activación de circuitos de recompensa en el cerebro y que, si bien la experimentación inicial con drogas es en gran medida un acto voluntario, el uso continuado de drogas deteriora la función cerebral al interferir con la capacidad de ejercer autocontrol sobre el consumo de drogas y hacer que el cerebro sea más sensible al estrés y estados de ánimo negativos.

La conducta de búsqueda de la droga, interviene como una de las variables de mayor peso, el denominado “refuerzo positivo”. Dicho refuerzo, a su vez depende de varios procesos, dentro de los cuales los mecanismos de plasticidad neuronal ocurridos durante la administración crónica de la droga juegan un rol importante. La farmacodependencia puede ser definida como un estado psíquico, debido a la interacción entre un organismo vivo y una sustancia química, que se caracteriza por modificaciones del compartimiento, entre las que se encuentra un deseo de ingerir la

sustancia en forma periódica o continua, con el objeto de volver a experimentar sus efectos y de evitar el síndrome de abstinencia.<sup>7</sup>

Las personas con abuso de sustancias tienen déficits moderados en la memoria, atención, funciones ejecutivas y toma de decisiones (incluyendo expectativas de recompensa, valoración y aprendizaje) El déficit en las funciones ejecutivas y la toma de decisiones son predictores significativos de recompensa.<sup>8</sup> Esto último plantea un gran interrogante en función de cuál es la condición cognitiva del sujeto y por ende, la capacidad para poder tomar decisiones en relación a su tratamiento. En la actualidad ha sido de gran debate la ley de Salud Mental y su implementación en numerosos familiares que se encuentran faltos de herramientas y de recursos a la hora de requerir una internación de sujetos con consumo problemático de sustancias.

Utilizaremos el término "consumo problemático de sustancias" basándonos en la concepción que se sostiene en la nueva Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Es decir que bajo este término se incluye tanto las denominadas adicciones como las toxicomanías. De este modo, a pesar del incremento de las consultas por consumo de sustancias, su adecuado tratamiento se ve obstaculizado por la falta de recursos con los que se cuenta, aunque desde el marco legal se obliga a ello.<sup>10</sup>

#### **4.2 Clasificación de las Sustancias:**

Una sustancia es un principio activo que aplicado a un organismo vivo produce respuesta objetivable. Independientemente de la vía de ingreso (inhalatoria, fumada, oral, intravenosa, submucosa, rectal, intramuscular) el destino final siempre es el sistema nervioso central (SNC).<sup>1</sup> Clasificación de las sustancias:

##### a) Drogas Legales:

- Cafeína
- Alcohol
- Nicotina

##### b) Drogas Ilegales:

- Benzodiazepinas
- Marihuana
- Cocaína, Cocaínas fumables (basuco, crack, base libre, pasta base de cocaína – PACO-)
- Solventes volátiles
- Policonsumo

c) Drogas de síntesis:

- Éxtasis (MDMA, 3-4 metilenodioximetamfetamina)
- Ketamina
- G.H.B. – ácido gamma hidroxibutírico
- Popper
- L.S.D. (ácido lisérgico de dietilamina)
- Crystal (análogo de la amfetamina d-N-metilanfetamina)

En el presente trabajo se han seleccionado pacientes con consumo de alcohol, marihuana y cocaína, motivo por el cual nos centraremos en desarrollar ciertas particularidades de dichas sustancias:

#### **4. 2. a. Alcohol:**

El alcohol es una sustancia de circulación legal, parte de nuestra cultura, presente en celebraciones y espacios de socialización, incluso un conocido componente en celebraciones religiosas. Pero su consumo habitual, o en exceso en una sola ocasión o a lo largo del tiempo, puede llevar a consecuencias de mucha gravedad para la salud debido a que afecta prácticamente a todos los órganos del cuerpo.

Las bebidas alcohólicas poseen como principal componente al etanol (hidrosoluble, capaz de atravesar las membranas a través de poros hidrofílicos). Por tal motivo atraviesa fácilmente la barrera hematoencefálica llegando rápidamente al cerebro tras su ingesta.<sup>18</sup>

Es una droga psicótropa, fundamentalmente depresora del SNC, con acción reforzadora positiva, con capacidad para crear dependencia psicofísica, tolerancia y adicción.<sup>19</sup> Ingerido de forma aguda, produce activación del circuito de recompensa cerebral, induciendo una sensación subjetiva agradable de euforia, desinhibición, sedación e inducción del sueño, efectos reforzadores positivos relacionados con el aumento de la transmisión dopaminérgica.<sup>20</sup> La ingesta aguda puede inducir una sensación subjetiva de alivio de estados emocionales desagradable, como episodios de ansiedad y de angustia, fobias, disforias, insomnio, mal humor, preocupación culpabilidad, depresión, inseguridad y síntomas de abstinencia en pacientes con dependencia. El alivio inmediato del malestar emocional produce un efecto reforzador negativo. Los efectos reforzadores agudos son regulados por el sistema amigdalino. Los efectos del consumo agudo con sus propiedades reforzadoras juegan un papel importante en la dependencia. También posee un efecto

neuroendócrino, el consumo agudo produce aumento de hormona corticotropina (ACTH) y de corticoesteroides debido al efecto estimulante sobre la secreción de la hormona hipotalámica liberadora de corticotrofina (CRH) y de vasopresina.<sup>18</sup> Los principales neurotransmisores implicados en los efectos agudos del alcohol son el sistema gabaérgico y glutamatérgico. Dicha participación receptora variará según la dosis de alcohol ingerida, concentración sanguínea y duración de ingesta. Por tal motivo, dosis bajas de etanol inhiben los sistemas de neurotransmisión inhibidores de la actividad cortical, generando una desinhibición cortical (efecto estimulante del alcohol). Mientras que dosis elevadas de etanol, incrementan la depresión central.

Tabla 1. Estadíos de la intoxicación alcohólica (Rubio G.; 2000)

Alcoholemia (g/100ml)	Efectos y Alteraciones de la conducta	Tiempo requerido para eliminar el Alcohol
20-30	Sensación de bienestar, reducción del tiempo de reacción, ligera alteración del juicio y la memoria	2 horas
30-60	Desinhibición, relajación, sedación leve, alteración de la coordinación y del tiempo de reacción	4 horas
80-90	Dificultad en la discriminación auditiva y visual, alteración en la marcha, de la coordinación, sentimientos de tristeza o exaltación, deseo de seguir viviendo, enlentecimiento del habla	6 horas
110-120	Torpeza motriz evidente, dificultad en las actividades mentales, como memoria y juicio, disminución de la desinhibición, aparición de estados emocionales de agresividad ante contrariedades.	8 horas

140-150	Deterioro de todas las funciones intelectuales y físicas, conductas irresponsables, sentimiento general de euforia, dificultad para permanecer levantado, andar y hablar. Alteración de la percepción y el juicio. Confianza en la capacidad de conducción e incapacidad para darse cuenta de que su funcionamiento intelectual y físico no es adecuado.	10 horas
200	Sentimientos de confusión, o aturdimiento. Dificultad para deambular sin ayuda o permanecer levantado	12 horas
300	Disminución importante en la percepción y comprensión, como así de la sensibilidad	
400	Anestesia casi completa, ausencia de percepción, confusión y coma	
500	Coma Profundo	
600	La muerte sobreviene por falta de respuesta del centro respiratorio	

El alcoholismo es un trastorno que incluye todos los trastornos mentales y del comportamiento, producto del consumo de bebidas alcohólicas, en bebedores que tienen dificultad para controlar dicho consumo. Se trata de una droga que provoca dependencia y el origen de más de 60 tipos de enfermedades y lesiones, responsable de causar serios problemas y daños sociales, mentales y emocionales, como criminalidad y violencia familiar. El alcohol no solo afecta al consumidor, sino también a quienes lo rodean (mujeres embarazadas, niños, otros miembros de la familia y a víctimas de delitos, violencia y accidentes por conducir en estado de ebriedad)

Organismos especializados de Naciones Unidas como en Argentina ponen en evidencia que un porcentaje muy grande de la población, a predominio jóvenes y adolescentes, consume esta sustancia. Esto genera un gran impacto, contribuyendo con el 4% de la morbilidad total y ocupa el tercer lugar entre los factores de riesgo para la salud en países desarrollados (OMS). La Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha revelado que la región de las Américas es la zona del mundo con la

mayor mortalidad relativa y años de vida perdidos por muerte prematura o discapacidad.

Las personas con trastorno por consumo de alcohol presentan elevada comorbilidad médica, por lo que asisten a servicios de salud con mucha frecuencia debido al agravamiento de enfermedades clínicas, o debido a las consecuencias del consumo (heridas cortantes, armas de fuego, lesiones en incendio, ahogamiento, incidentes en vía pública, violencia familiar, suicidio) o por episodios de intoxicación alcohólica.

El alcohol posee repercusiones cognitivas en sus usuarios. La variabilidad interindividual en el desarrollo cognitivo afecta la reserva cognitiva y, por tanto, frente a un daño será variable el compromiso clínico. Este depende del número de neuronas, la cantidad y tipo de conexiones sinápticas, estimulación recibida, el impacto de traumas vitales, el componente genético que otorga vulnerabilidad, entre otros. Ciertas personas con deterioro cognitivo tienen dificultad para reevaluar situaciones. Toda persona usuaria de tóxicos posee afectadas las esferas biológicas, psicológicas y sociales; generando una cascada negativa de deterioro. El efecto inmediato del alcohol dependerá de la concentración del mismo en sangre. El panorama más severo es producto de la acumulación en años de consumo (intoxicación, tolerancia, abstinencia, trastornos metabólicos, nutricionales, déficit vitamínicos, vómitos, alteraciones en la absorción, transporte y metabolismo de numerosas sustancias, empobrecimiento de motivaciones e intereses, pérdida de contactos sociales, mayor incidencia de accidentes y traumatismos). No sólo estarán afectadas las funciones cognitivas, sino también las regulaciones cognitivas de las emociones.<sup>21</sup> Los cambios neuroplásticos se inician en la etapa silenciosa de consumo.

En el caso de que se realice una evaluación neuropsicológica se verá la afectación de las siguientes áreas: atención, lenguaje, funciones ejecutivas, memoria y función visuoespacial. En el trastorno neurocognitivo mayor por uso de alcohol debe existir evidencia de declinación cognitiva del nivel previo o más dominios cognitivos, dicho por el paciente, informante y preferentemente documentado por test cognitivos estandarizados. El déficit debe interferir con las actividades cotidianas, no debe ocurrir en el contexto de delirium y no se explica mejor por otros trastornos (ej: depresión, esquizofrenia). El trastorno neurocognitivo leve presenta declinación en uno o más dominios, pero no interfiere con su capacidad para ser independiente en las actividades de la vida cotidiana.<sup>11</sup> El déficit suele ser transitorio y reversible, tendiendo a mejorar al sostener abstinencia dentro de las 3 a 6 semanas. Aunque se

sabe que en ciertos pacientes dicho déficit no revierte, consolidándose patología crónica.<sup>28</sup> La demencia alcohólica es la segunda causa de demencia en el occidente, representa el 10% de los casos.<sup>29</sup> Los efectos específicos derivados del consumo del alcohol son la encefalopatía de Wernicke, el síndrome de Korsakoff, la enfermedad de Marchiafava-Bignami, la mielínolisis centro pontina, la encefalopatía hepática y la atrofia cerebelosa.

Las alteraciones neurocognitivas asociadas al alcoholismo tienen su base por acción directa en el organismo, y también debido a la desnutrición e hipovitaminosis, neurotoxicidad, alteraciones metabólicas de la intoxicación y abstinencia y las alteraciones en la neurotransmisión por aminoácidos excitatorios. El déficit de vitamina tiamina, se ve alterada por el daño de absorción en consumidores crónicos que repercute directamente en estructuras del tálamo y del sistema límbico generando daño importante llevando a graves trastornos mnésicos.<sup>22</sup> Otras cuestiones a tener en cuenta son los traumatismos craneales repetitivos y la suspensión de actividades sociales y académicas.

Sujetos con consumo crónico de alcohol poseen afectación acusada en lóbulo frontal y en sustancia blanca subcortical.<sup>23</sup> En estudios con resonancia magnética funcional (RMNf) se describió un aumento de respuesta parietal y una disminución de la actividad del giro precentral y cerebelo.<sup>24</sup> La corteza prefrontal y el hipocampo son estructuras de maduración más tardía, siendo blanco especial para la acción del alcohol.<sup>26</sup> Se ha evidenciado que el 78% de cerebros humanos a los que se le realizó autopsia exhibe algún grado de patología.<sup>27</sup>

Respecto a ciertas particularidades desde la clínica existe los “pacientes difíciles”; aquellos que dados sus características signo sintomatológicas como por sus acciones / comportamientos son la principal causa del problema y complejidad del cuadro. Sujetos que no asumen el rol de enfermos, no reconocen en el profesional un agente de salud y que requieren cuidados propios de una persona no autoválida. En general, este tipo de individuos poseen comórbidos otras patologías de salud mental, motivo por el cual requieren de atención multidisciplinaria.

#### **4. 2. b. Marihuana**

Se conoce comúnmente como marihuana a una droga extraída de la planta *Cannabis sativa*. Se han identificado 60 de 400 componentes como cannabinoides. El de mayor importancia por su concentración y efectos psicotrópicos es el Delta 9 – tetrahidrocannabinol (D9-THC). Ésta última se caracteriza por ser muy liposoluble, lo

cual permite su acumulación en el tejido graso. El THC se liberará de allí lentamente a la sangre, pudiendo necesitar hasta 30 días para su eliminación completa.<sup>1</sup>

La marihuana puede fumarse en cigarrillos hechos a mano, en pipas o pipas de agua, vaporizadores, mezclada en alimentos o infusiones, o el uso de resinas ricas en THC (aceites de hachís, cera o budder, shatter), práctica conocida como dabbing y con riesgo muy elevado a intoxicación severa.<sup>65</sup>

El consumo de marihuana se encuentra en aumento. Las últimas estadísticas en Argentina describen dicho incremento, al punto que en la actualidad representa la tercera droga más consumida por la población (luego del alcohol y tabaco), pudiendo establecer su prevalencia en el orden del 15% (SEDRONAR, 2014).<sup>30</sup> Hay grandes diferencias en relación al impacto que posee una persona consumidora de cannabis de acuerdo a factores como la edad o bien si se utiliza una planta femenina de cannabis que tiene mayor concentración de THC que la masculina.<sup>31</sup>

Una de las dificultades con esta sustancia está en distinguir si el consumo es recreacional o bien existe abuso o dependencia. La negación es bastante frecuente en estos pacientes. Será de vital importancia evaluar la situación laboral, escolar y familiar para determinar la existencia de abuso; debido a que en la misma se detecta la dificultad en el cumplimiento de obligaciones, la exposición a peligros o problemas legales repetidos.<sup>31</sup>

El consumo de marihuana a largo plazo es adictiva. El 9% de las personas que consumen se transforman en dependientes.<sup>32</sup> Las personas que intentan dejar la marihuana reportan síndrome de abstinencia, experimentando inquietud, ansiedad, disforia, irritabilidad, enojo, depresión, insomnio, temblor muscular, hiperreflexia, craving, disminución del apetito y síntomas autonómicos (alteraciones del ritmo cardíaco y la presión arterial, sudoración y diarrea). Dicha sintomatología atenta contra los intentos de suspender la sustancia.<sup>33</sup>

Es importante tener en cuenta que existe una subestimación de los efectos del cannabis sobre la salud mental. Hay evidencia fuerte respecto al vínculo entre el consumo de cannabis y la psicosis.<sup>34</sup> Estará influenciada por la cantidad de droga que se consumió, la edad del primer uso y la susceptibilidad genética del usuario.

De acuerdo a la OMS la marihuana es la sustancia más utilizada en el mundo. La cual posee fines recreativos, adictivos, religiosos y medicinales. Se observan mayores tasas de consumo en jóvenes de entre 18 a 24 años, aunque su inicio es a edad más precoz (10 a 11 años).<sup>35</sup> Su prevalencia es mayor en hombres que mujeres. Han sido detectados comportamientos en adolescentes consumidores: producir robos, peleas, enfermedades de transmisión sexual, discapacidad, impulsividad, rotura de objetos, estar en situaciones de riesgo.<sup>36</sup>

Su consumo en una dosis de 5-20 mg desencadena congestión, dilatación vascular en conjuntivas oculares, ptosis palpebral, aumento de la tensión intraocular, sequedad de boca y garganta por disminución en la segregación de saliva, taquicardia, disminuye la concentración y el rendimiento escolar o laboral. A nivel psíquico tras su consumo, produce en primer lugar ansiedad, luego euforia con desinhibición psicomotriz y exaltación intelectual.

Con el consumo de más de 30 mg se reagudizan la sensopercepción, pueden producirse estados de obnubilación, confusión mental y psicosis tóxicas agudas, ataxia y sedación.<sup>31</sup>

Su consumo crónico desencadena falta de interés, de proyectos y ambiciones, pasividad y disminución del rendimiento escolar o laboral (síndrome amotivacional). Se produce incoordinación psicomotora, lo cual aumenta el riesgo de accidentes. Su uso continuo produce episodios psicóticos agudos de contenido paranoides.

Dosis altas producen disminución de testosterona en varones, daño cerebral y leucopenia. Por su acción anticolinérgica genera deterioro neuronal general, afectando la memoria.<sup>31</sup> La marihuana tiene efectos fetotóxicos, respiratorios y carcinogénicos.

El THC produce una mayor activación en las regiones frontales, paralímbicas y el cerebelo en consonancia con efectos conductuales de la droga. En consumidores crónicos se evidencia una neuroadaptación de las redes responsables de las funciones cognitivas superiores que no puede ser reversibles con la abstinencia.<sup>38</sup> El THC bloquean la formación de nuevas sinapsis en las células del hipocampo, dichos cambios pueden explicar el déficit de memoria observado en usuarios y consumidores. También se ha observado cambios funcionales en el flujo sanguíneo y metabólicas en regiones prefrontales y cerebrales en consumidores crónicos. Adultos que han fumado desde la adolescencia presentan conectividad alterada neuronal, por ejemplo, en el precúneo, relacionado con el estado de alerta y la conciencia de sí mismo; la fimbria, un área destacada del hipocampo importante para el aprendizaje y la memoria; redes prefrontales, responsables de las funciones ejecutivas y redes subcorticales implicadas en el procesamiento de hábitos y rutinas. Se produce disminución de regiones prefrontales y reducción del volumen del hipocampo. Algunos pacientes presentan cierta tolerancia al efecto de la droga sobre el aspecto cognitivo con el consumo continuo, y en esos casos el síntoma que se presenta es la impulsividad.<sup>30</sup> Sugieren que el uso severo de cannabis en genotipos de receptor de cannabinoides 1 (CNR1) contribuyen a un mayor déficit de sustancia blanca y al deterioro cognitivo, y que a su vez puede aumentar el riesgo de esquizofrenia.<sup>39</sup>

El consumo de marihuana se asocia con una disminución en la cognición multidominio a través de la memoria, la atención y la integración de información compleja. El sistema cannabinoide endógeno tras la exposición repetida de cannabis genera alteraciones cognitivas específicas más allá del periodo de intoxicación aguda.<sup>37</sup> Todas las etapas de la memoria quedan afectadas (codificación, consolidación y recuperación). También se producen alteraciones en el tiempo y percepción del espacio, como también la percepción de sí mismo (despersonalización). Cuanto mayor es la exposición, mayor será el deterioro cognitivo, teniendo en cuenta la vulnerabilidad individual (reserva cognitiva, edad de inicio de consumo).

#### **4. 2. c. Cocaína**

La cocaína (benzoilmetilecgonina) es un alcaloide tropano cristalino que se encuentra en las hojas de la planta de coca *Erythroxylum*, un arbusto que crece en la región de los Andes en América del Sur.<sup>40</sup> Desde la antigüedad fue utilizada con fines mágicos religiosos, médicos y como estimulantes por poblaciones indígenas.<sup>41</sup> Es un estimulante del SNC, que se caracteriza por poseer un alto poder adictivo ya que interviene el sistema de recompensa mesolímbico.

Formas de presentación:

- Ácida o clorhidrato de cocaína: polvo blanco cristalino con sabor amargo (“coca”, “nieve”, “dama blanca” o “talco”). En general se mezcla con otras sustancias inertes (maicena, azúcar, procaína, anfetaminas). Vía de consumo: intranasal, mezclada con tabaco, disuelta en agua para consumo intravenoso, oral o aplicación directa en mucosas.
- Crack: forma gelatinosa, producto del calentamiento del clorhidrato de cocaína con amoníaco o bicarbonato sódico disueltos en agua. Se fuma por calentamiento.
- Pasta base de cocaína: son residuos de cocaína, procesadas con ácido sulfúrico y querosén. (“pasta básica”, “pasta base”, “pasta”, “lata”, “churri”, “paco”, “tumba”, “base”, “basuco” o “tubo”). Altamente tóxico, su efecto es breve (10 y 15 minutos) lo que la hace muy adictiva.

Se estima que 17 millones de personas consumen cocaína a nivel mundial y el 0,4% corresponde a una población de entre 15 a 64 años de edad (United Nations Office

on Drugs and Crime, 2015). La cocaína es la droga ilegal que desencadena la mayor cantidad de consultas en servicios de emergencias.

El consumo difiere según el género. Los hombres poseen una respuesta más rápida e intensa a la cocaína, mayor pérdida neuronal en corteza frontal, alteraciones en perfusión cerebral y menos ansiedad por el consumo. Las mujeres poseen más trastornos afectivos y menos trastornos antisociales de personalidad. La adicción podría desarrollarse más rápido en las mujeres.<sup>30</sup>

El consumo de cocaína genera consecuencias en las relaciones familiares, pérdida de trabajo, pobreza, abuso sexual, deambulación en vía pública, actos delictivos, robos, hurtos, atentados contra la propiedad.<sup>42</sup> SEDRONAR informa que la cocaína es la cuarta droga elegida. Entre los 25 a 34 años se encuentran las tasas de mayor consumo.<sup>35</sup>

La intoxicación aguda se caracteriza por síntomas deseados y no deseados. Los primeros incluyen el aumento de energía, estado de alerta, sociabilidad, euforia, disminución de fatiga, de la necesidad de sueño y del apetito.<sup>43</sup> En los no deseados se presentan cardiovasculares (palpitaciones, arritmias, hipertensión, bradicardia, taquicardia y muerte súbita), respiratorias (taquipnea, respiración irregular; el crack puede producir edema de pulmón, neumotórax, neumomediastino), digestivos (anorexia, náuseas, vómitos, diarreas, isquemias), oculares (midriasis, conjuntivitis, nistagmo vertical), neurológicas (cefaleas frecuentes, ictus cerebral, hemorragia, convulsiones), psiquiátricos (euforia, confusión, irritabilidad, alucinaciones, reacciones paranoides), hepáticos (lesiones agudas) y metabólicos (hipertermia maligna, rabdomiólisis).<sup>44</sup>

La abstinencia se manifiesta con depresión, ansiedad, fatiga, dificultad para concentrarse, anhedonia, aumento de la ansiedad por la cocaína, del apetito, del sueño y de soñar. El “crash” es un período inicial de síntomas intensos que se expresan con retraso psicomotor, depresión severa con ideación suicida. La mayor parte de consumidores presentan síntomas más leves que se resuelven en 1 o 2 semanas sin tratamiento. La primer semana de retirada se ha asociado con vasoespasmo coronario que produce isquemia miocárdica.<sup>45</sup>

Su uso crónico puede desencadenar:

- a) Sensibilización, que es el aumento de la respuesta a los fármacos
- b) Tolerancia, disminución de la respuesta a los fármacos. Se evidenció dicho fenómenos a los efectos cardiovasculares

En el consumo crónico se observa un gran deterioro biopsicosocial. La velocidad de dicho fenómeno y su impacto dependerá de los recursos y de las habilidades preexistentes, como por ejemplo, la reserva cognitiva, contención familiar, entre otros.

Habrá un gran impacto en todo el organismo, motivo por el cual requiere de una evaluación integral debido al mayor riesgo de infección HIV, Hepatitis, por las vías de administración y las conductas sexuales de riesgo.<sup>46</sup>

Respecto a la repercusión cognitiva se evidencia modificación en receptores sinápticos D2 y alteración en la perfusión vascular cerebral.<sup>47</sup> Dicha alteración vascular se produce a nivel cortical como subcortical, produciendo una relación directa entre la gravedad de la hipoperfusión y su efecto cognitivo, síntomas emocionales y repercusión conductual. Por otro lado, inducen y/ o modulan las formas de plasticidad sinápticas, como LTP – LTD (potenciación y depresión a largo plazo) en regiones del cerebro involucradas con la adicción, el aprendizaje y la memoria, incluidos el hipocampo, el área tegmental ventral (ATV), el núcleo accumbens y la amígdala.<sup>30</sup>

La clínica neurocognitiva es producto de pequeños episodios vasculares (vasoespasmos, umbilicación de sustancias insolubles o hipertensión), como así también por pérdida neural y de sustancias gris a lo largo de los años y su posterior expresión cognitiva del defecto.<sup>48</sup>

Se puede realizar una distinción del efecto cognitivo, dependiendo si el consumo es agudo o crónico:<sup>30</sup>

a) Agudo:

- Atención: según diferentes autores han evidenciado mejoras atencionales momentáneas y otros, detrimentos.
- Inhibición/ Control de respuestas y conductas: el efecto agudo de la cocaína reforzaría el efecto inhibitorio de las respuestas.
- Efectos psicomotores en sujetos que realizan consumo intranasal, aumenta la velocidad psicomotora.

b) Crónico:

- Atención: altera la capacidad y control cognitivo atencional.
- Inhibición / control de respuestas y conductas: se encuentra fuertemente afectada.
- Memoria y aprendizaje: afecta la recuperación de información a corto y largo plazo.
- Flexibilidad cognitiva / funciones ejecutivas: disminución de la flexibilidad cognitiva

- Efectos psicomotores: lentitud y letargo en toma de decisiones.

#### **4. 3. Dispositivos de tratamientos**

En el momento de definir qué tratamiento requiere un paciente se debe realizar una revisión de:<sup>30</sup>

- Datos sobre el consumo de drogas: patrón de consumo, edad de inicio, tipo de sustancia, dosis, frecuencia de consumo, evolución (consumo pasado y actual)
- Historia médica general y psiquiátrica: tratamientos previos, antecedente de internaciones y/o dispositivos realizados previamente. Evaluaciones clínicas para descartar comorbilidades o complicaciones.
- Historia social y familiar: entorno del paciente, familiar / conviviente consumidor, proximidad de punto de venta de estupefacientes, entre otros.
- Evaluación toxicológica: detección de sustancias en sangre, orina y aliento.

Esta evaluación será fundamental para determinar el diagnóstico y su severidad. A partir de ello será posible determinar e instrumentar el dispositivo que se adecue a las necesidades del paciente.

##### **4. 3. a. Internación (Hospitalización):**

- Cuando el paciente representa riesgo cierto e inminente para sí mismo o para terceros.
- Pacientes que demandan una pronta respuesta: sobredosis, síndromes de abstinencia, etc.
- Complicaciones médicas y / o comorbilidades que presente un riesgo para realizar la desintoxicación segura.
- Antecedente de fracaso o abandono de tratamientos en dispositivos menos intensivos.
- La presencia de comorbilidades psiquiátricas que requiera hospitalización (psicosis aguda, riesgo suicida).

Estas puede realizarse en instituciones especializadas de salud mental o en clínicas generales que cuenten con la estructura necesaria.

#### **4. 3. b. Comunidad Terapéutica (CT)**

- Tratamiento de alta intensidad, el paciente permanece las 24 horas en una internación pero con objetivos bien definidos.
- El paciente no tiene criterios suficientes para ser hospitalizado
- El patrón de interacciones sociales y estilo de vida está orientado al consumo de sustancias.
- Carece de apoyo social libre de droga para mantener su abstinencia en un encuadre ambulatorio.

Existe la CT no profesional que se caracteriza por la nula o escasa presencia profesional. En general se encuentran a cargo de religiosos y ex consumidores recuperados. El tratamiento posee un sentido moral, apelando a la voluntad del paciente.

La CT profesional se centra en un plan personalizado con objetivos claros para el paciente. Se encuentra coordinado por profesionales con el fin de abordar tratamientos psicoterapéuticos y médicos.

#### **4. 3. c. Hospitalización Parcial**

- Dispositivo que se encuentra entre la institucionalización y la reinserción social.
- Frecuencia de asistencia diaria y varias horas al día.
- Tiene por objetivo la recuperación, adquisición de habilidades y promover la integración de las personas.
- Pacientes que egresan de un programa de internación o comunidad terapéutica con alto riesgo de recaída.
- Sujetos que presentan comorbilidad psiquiátrica severa.
- Antecedente de recaída tras egreso de internaciones.
- Ambiente de alto riesgo con soporte psicosocial limitado.
- Pobre desempeño en modalidad de tratamiento con encuadre más intensivo.

#### **4. 3. d. Tratamiento Ambulatorio**

- Destinada a pacientes cuya situación clínica y ambiental no requiere nivel intensivo de tratamiento.
- Debe tener un enfoque integral, es decir, intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas.

- Sesiones terapéuticas individuales y grupales.
- Es recomendable que al inicio sean intensivas (asistencia a múltiples sesiones) y que luego vayan disminuyendo su intensidad y frecuencia.

#### **4.4. Capacidad, Principios Éticos y Consentimiento Informado.**

Los pacientes con consumo problemático de sustancias no siempre pueden visualizar lo que los profesionales de la salud consideran como mejor opción, debido a que este se encuentra con compromiso de su voluntad a expensas del malestar por su abstinencia. En determinado estadio de la enfermedad, los usuarios de drogas presentan falta de vergüenza, de análisis, de aceptación, de la capacidad de observar sus acciones y su impacto. Pero mientras esto ocurre hay un paciente, una familia, un equipo de salud, responsabilidad social y profesional relacionada con la atención del usuario.<sup>30</sup>

La Capacidad civil es “el conjunto de condiciones psíquicas y jurídicas que permiten a un individuo tener la aptitud para adquirir, gozar y ejercer un derecho, como así también, contraer obligaciones”.<sup>12</sup> De este modo, el individuo se desenvuelve libremente en la sociedad de acuerdo a su edad y condición psicofísica. La capacidad posee los siguientes elementos: a) íntegro conocimiento respecto de los derechos, deberes sociales, y las reglas de la vida en sociedad; b) juicio suficiente para aplicarlos en caso concreto; c) firmeza de voluntad para elegir y sostener una libre decisión.<sup>5</sup> A su vez, la capacidad puede ser de hecho que se refiere a la aptitud para ejercer un derecho y / o contraer obligaciones. O bien, puede ser de derecho, que es la aptitud para adquirir o gozar de un derecho.<sup>12</sup> El Código Procesal Civil y comercial de la nación (CCCN), Libro cuarto “ Procesos especiales”, título II se destina a procesos de declaración de incapacidad e inhabilitación, y específicamente en el capítulo III, el artículo 637 bis describe lo referente a restricción de capacidad en alcoholistas habituales, toxicómanos y disminuidos, proceso iniciado por cualquiera de las personas enumeradas en el art 33 del CCCN. Dicha declaración debe “proveer protección y asistencia a quienes por poseer alguna disminución o alteración de sus facultades o por hallarse en ciertas circunstancias que la ley prevé se encuentra expuestos a padecer perjuicios en su persona o patrimonio en caso de continuar con el pleno ejercicio de sus derechos civiles”. “Con la búsqueda de un apoyo se busca integrar en plenitud al sujeto a la vida social, y restablecer su igualdad frente a sus semejantes quebrada por la situación de inferioridad que da motivo a las actuaciones”.<sup>50</sup>

En 1978 por medio del Informe de Belmont fueron expuestos los principios éticos, que tienen por objetivo la justificación básica para la evaluación de las acciones humanas. Estos son:

- El principio de Beneficencia
- El principio de No maleficencia
- El principio de Autonomía

El principio de beneficencia propone que el acto médico promueva el bien en su dimensión objetiva y subjetiva y el principio de no maleficencia exige evitar hacer el mal físico, psíquico, moral o espiritual excepto cuando un bien objetivo mayor lo haga necesario.<sup>12</sup> El principio de autonomía ha adquirido gran relevancia en la práctica médica. Este se refiere a: “la capacidad propia del hombre que le permite pensar, sentir y emitir juicios sobre lo que considera correcto”; dicho principio se considera de gran importancia en el vínculo médico-paciente otorgándole prioridad de decisión al paciente.<sup>12</sup> Cuando una persona pierde la capacidad de decidir debido a una situación médica, no por ello ha perdido el derecho de decisión. Este ha permitido que los sujetos en estado de plena capacidad mental puedan dejar directivas médicas anticipadas, las cuales ayudan a planificar su atención médica en situaciones en las que potencialmente no se encuentre en condiciones para decidir.<sup>30</sup> Pero en la práctica, sabemos que esto no siempre es posible, debido a que en muchas ocasiones esto no fue realizado, o bien, el paciente puede presentar un estado de no conciencia o de incapacidad para razonar o tomar decisiones. En estos casos, muchas veces se solicita la autorización de familiares, tutores, representantes legales<sup>49</sup> o la intervención del juzgado ante la involuntariedad.<sup>4</sup>

En Argentina dicha disposición se encuentra enmarcada en:

- La ley de los derechos del paciente; artículo 11 de la Ley 26.529: Directivas anticipadas. “Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes”.<sup>13</sup>
- Código Civil y Comercial de la Nación. Artículo 60: Directivas médicas anticipadas: “La persona plenamente capaz puede anticipar directivas y conferir mandato respecto de su salud y en previsión de su propia incapacidad. Puede también designar a la persona o personas que han de

expresar el consentimiento para los actos médicos y para ejercer su curatela. Las directivas que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas se tienen por no escritas. Esta declaración de voluntad puede ser libremente revocada en todo momento.”

En el artículo 59 de dicho código se describe el Consentimiento Informado (CI), como en el capítulo III de la ley de los derechos del paciente 26.529. El CI se refiere a la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, emitida luego de recibir por parte de los profesionales información clara, precisa y adecuada. Este es de carácter obligatorio y en el supuesto caso de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la ley N°24.193,<sup>15</sup> con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido. Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.<sup>13</sup> Este será un punto de vital importancia para poder determinar si el paciente que se nos presenta se encuentra con capacidad psíquica para poder decidir sobre la mejor instancia de su tratamiento y por nuestra parte valorar si acompañamos en el principio de autonomía del sujeto o el riesgo amerita otro tipo de intervención para la conservación de la salud e integridad del individuo.

#### **4.5 Responsabilidad profesional**

Se entiende por responsabilidad profesional a la obligación que poseen los médicos de demostrar ante la sociedad los actos realizados en la práctica profesional, cuyos resultados y naturaleza sean contrarios a sus deberes pudiendo adquirir relevancia jurídica.<sup>3</sup> Ésta puede ser penal, civil, administrativa o moral.

De la relación médico paciente se establece una interacción intersubjetiva de la cual surge el Acto Médico, a través de la cual se intenta promover la salud, curar, prevenir la enfermedad y rehabilitar al paciente.

Características del acto médico:

- Profesionalidad
- Ejecución típica, regida por “Lex Artis Ad Hoc”
- Tener por objetivo la curación, rehabilitación o acompañamiento del enfermo
- Licitud
- Beneficiencia

De este accionar surge la Responsabilidad Civil médica que se caracteriza por poseer los siguientes elementos:

a) Incumplimiento Material u Objetivo:

- Consiste en la infracción de un deber, sea mediante incumplimiento de la palabra empeñada en un contrato, sea a través de la violación de un deber genérico de no dañar.
- Es la antijuricidad, hay incumplimiento de reglas de conducta que se encuentran sistematizadas en un ordenamiento positivo
- Es un acto contra derecho.
- Puede ser llevado a cabo mediante una acción positiva o una acción negativa.
- Puede ser relativo o absoluto.

b) Factor de atribución

La atribución de un daño al responsable puede basarse en factores objetivos o subjetivos (artículo 1721 CCCN):

Subjetivos:

CULPA: Consiste en la omisión de la diligencia debida según la naturaleza de la obligación y las circunstancias de las personas, tiempo y lugar. (artículo 1724 CCCN)

- Impericia: por falta de conocimiento. El profesional no sabe o no hace lo que debería hacer en razón de su oficio o profesión. No posee el cuidado que habría evitado el resultado dañoso.
- Imprudencia: ligereza. La persona actúa en exceso, de manera apresurada o precipitada, sin prever las consecuencias posibles. Hace más de lo que debe.
- Negligencia: descuido omisión, falta de diligencia. La persona no tiene el cuidado que habría evitado el resultado dañoso. Hace menos de lo que debe.
- Inobservancia de normas y procedimientos: pese a la existencia de exigencia, orden verbal o escrita con fines preventivos de daño y ordenado por un superior responsable, el subalterno no le da cumplimiento, generando daño en el paciente.

DOLO: se refiere a la producción de un daño de manera intencional con manifiesta indiferencia por los intereses ajenos (artículo 1724 CCCN)

El autor puede no conocer el resultado dañoso, no comprender la ilicitud. El sujeto quiere el acto pero no quiere el daño.

c) Nexo causal:

La relación causal consiste en el enlace material o físico que existe entre un hecho-antecedente (acción u omisión) y un hecho consecuente ( el resultado dañoso).

Es una cuestión difícil de dilucidar ya que puede ser engorroso separar tangencialmente si el resultado dañoso es consecuencia de la responsabilidad galénica o de las predisposiciones de la víctima o su entorno.

d) Daño:

Hay daño cuando se lesiona un derecho o un interés no reprobado por el ordenamiento jurídico, que tenga por objeto la persona, el patrimonio o un derecho de incidencia colectiva (artículo 1737 CCCN).

Posee tres requisitos:

1. Certeza: la existencia del daño tiene que ser cierta, real, efectiva, indubitable o con alto margen de probabilidad
2. Personal: sólo quien ha sufrido un daño, directa o indirectamente, puede reclamar reparación.
3. Subsistente: la lesión debe encontrarse presente a la hora del resarcimiento.

Con frecuencia los profesionales de la salud temen ser demandados ante reclamos de pacientes, familiares o tutores. Por un lado, familiares o tutores que solicitan la internación de pacientes sin conciencia de enfermedad que rechazan tratamientos restrictivos o de desintoxicación y por otro lado, ante la indicación de tratamientos ambulatorios al finalizar el proceso de internación. Será de gran importancia el conocimiento y manejo adecuado de la legislación que corresponde, con el fin de evitar dudas ante los procedimientos que deben llevarse a cabo en estos casos.

## **5. DEFINICION Y FORMULACION DEL PROBLEMA**

Se intenta determinar si individuos con consumo problemático de sustancias se encuentran en condiciones psíquicas de decidir una internación psiquiátrica voluntaria e involuntaria conforme a la ley de Salud Mental N° 26.657. La ley de salud mental, ¿contempló la neurobiología de las adicciones, su impacto cognitivo y la consecuente alteración de la capacidad del sujeto, a la hora de plantear la voluntariedad de las internaciones? ¿Existen las internaciones voluntarias en consumidores de sustancias de larga data?

## **6. OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICOS**

### **6.1. Objetivo General**

El objetivo de este estudio, realizado en una población de 35 pacientes en un hospital de la región sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, fue determinar si los pacientes que cursaban internación psiquiátrica voluntaria o involuntaria por consumo problemático de sustancias en el marco de la ley de salud mental vigente (Ley N° 26.657) presentaban la capacidad para decidir sobre dichas internaciones.

### **6.2. Objetivos Específicos**

Determinar variaciones demográficas: Edad, género, orientación sexual, grupo de continencia, profesión, nivel educativo, nacionalidad.

Determinar edad de inicio de consumo, sustancia de abuso, años de consumo.

Determinar la elección de internaciones voluntarias e involuntarias en el marco de la ley de salud mental nacional.

Determinar el juicio de realidad y lucidez del sujeto como correlato de su capacidad

Determinar si el profesional teme ser demandado por el paciente, tutor y/o familiares por responsabilidad médica.

## **7. TIPO DE ESTUDIO, UNIVERSO Y MUESTRA**

Es un estudio observacional, transversal y retrospectivo. Se utilizó para tal fin la revisión de historias clínicas de 35 pacientes que cursaron internaciones psiquiátricas tanto voluntarias como involuntarias en el período de marzo 2021 a abril 2022. Se utilizó formulario de preguntas de tipo anónimas, de Google Forms. Se tomó en cuenta sustancia de abuso, edad de inicio y años de consumo problemático como probable predictor de daño cognitivo y potencial alteración de la capacidad del sujeto.

## **8. VARIABLES**

Las variables analizadas fueron:

- Edad, género, grupo continente, nivel educativo, actividad laboral, nacionalidad.
- Sustancia de abuso, edad de inicio, años de consumo problemático de sustancia.
- Problemas de salud relacionado con las drogas (Enfermedades infectocontagiosas, cardiovasculares, pulmonares, de salud mental y comorbilidades).
- Determinación de lucidez mental
- Determinación de juicio
- Internación voluntaria o involuntaria.
- Intervención por juzgado.
- Plazo de internación
- Cambio de carácter de internación (voluntaria /involuntaria)
- Tratamiento indicado al alta de internación
- Aceptación del tratamiento indicado al momento del alta
- Determinar si el profesional teme ser demandado por el paciente y/o familiares por responsabilidad médica.

Se realizó un formulario en Google Forms de tipo anónimo y voluntario enviado a grupos de profesionales médicos que desarrollan su actividad profesional en un Hospital General de Agudos en la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

## **9. CRITERIOS DE INCLUSION**

- Individuos con consumo problemático de sustancias de Alcohol, Marihuana y Cocaína y / o combinación de ellos (Policonsumo)
- Mayores a 20 años
- Atención en el ámbito público de un hospital general de agudos en la zona sur de Ciudad autónoma de Buenos Aires.
- Con criterios de internación psiquiátrica.
- Período marzo 2021 a abril 2022.

## **10. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Población infanto-juvenil menor a 20 años.
- Atención en el ámbito privado o público por fuera de la institución donde se realizará la investigación.
- Sin criterio de internación psiquiátrica.

## **11. RESULTADOS**

La población encuestada fueron profesionales de la salud a partir de la revisión de historias clínicas de 35 pacientes que cursaron internación por salud mental en un hospital general de agudos de la región sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el período correspondiente de marzo 2021 a abril 2022.

Dentro de las variables a estudiar se pudo concluir que la mayor población que cursó internación en dicho período fue de género masculino 51,4%, mientras que el género femenino fue 25,7% y quienes no se identificaron en dichos géneros fue del 22,9%.

Respecto a el grupo etario, se observó que la población más afectada fueron individuos de 20 a 40 años de edad, 37.1%, mientras que los pacientes de más de 60 años y aquellos de entre 40 a 60 años presentaron coincidencia en el porcentaje, 31,4 %.

Fue considerada además la edad de inicio de consumo, predominando el inicio en sujetos de 21 a 40 años, 45,7%, mientras que un 40% de los pacientes se iniciaron en el rango de 10 a 20 años. 8,6% lo hicieron en el rango de 41 a 60 años y en un

5,7% el inicio se produjo en mayores de 60 años. Los años de consumo registrados fue mayor a 10 años 34,3%, menos de 5 años 31,4%, de 5 a 10 años 25,7% y 8,6% para sujetos con un año o menos de consumo.

Se interrogó el nivel de continencia y red social de los pacientes, se concluyó que 58,8% contaba con ello mientras que el 41,2% no. Esta variable es de gran importancia al momento de su internación y su externación considerando la escasa conciencia de enfermedad.

Fue evaluado el nivel educativo de los sujetos, se pudo evidenciar en nuestra muestra que sujetos con mayor formación están más afectados por consumo problemático de sustancias. El 28,6% con nivel terciario, el 25,7% universitario, 20% primario, 17,1% secundario mientras que sujetos sin formación educativa es el 8,6%. El 57,1% se encuentra desempleado al momento de su internación, mientras que el 42,9% está empleado.

La población que asiste a dicho hospital es vasta siendo un sitio de consultas por sujetos argentinos y extranjeros, representando el 54,3 % y el 45,7% respectivamente.

Se interrogó cuáles fueron las sustancias de abuso, considerando como policonsumo la suma de más de un sustancia respecto al alcohol, cocaína y marihuana, la cual representó 31,4%. En orden decreciente, corresponde en segundo lugar la cocaína con un 25,7%, en tercer lugar el alcohol con 22,9% y por último la marihuana 20%.

El 40 % de los pacientes tienen enfermedad de salud mental, como problema relacionado con el consumo problemático de sustancias. El 20% enfermedades cardiovasculares, el 14,3% enfermedades infecto contagiosas, en el mismo porcentaje no presentaron, y el 11,4% enfermedades pulmonares. Puntualizando comorbilidades de salud mental, representa en primer lugar 37,1% los trastornos de la personalidad, luego 31,4% trastornos depresivos, 22,9% trastornos neurocognitivos, 20% trastornos de ansiedad, 11,4% trastorno bipolar y relacionados, 5,7% espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, 8,6% ninguna.

Se evaluó el estado de lucidez al ingreso que corresponde a las siguientes funciones psíquicas superiores: a) atención, b) orientación temporo espacial, c) sensopercepción, d) memoria.<sup>71</sup> El 71,4% estaba alterada mientras que tan sólo 28,6% estaba conservada.

El juicio de realidad informa 40% suspendido, 20% debilitado, 28,6% conservado, 5,7% tanto en juicio desviado como insuficiente.

El 74,3% de las internaciones fueron de carácter involuntarias, mientras que el 25,7% son voluntarias. En el 77,1% existe intervención de juzgado, y en el 22,9% no fue necesario. Respecto al plazo de internación el 48,6% es mayor a 30 días y menor a 60 días, el 37,1% es menor a 30 días y el 14,3% mayor a 60 días. Es frecuente que en el transcurso del proceso de internación de salud mental pueda cambiar el carácter de internación, sin embargo, en este caso se registra un 62,9% sin cambio, un 25,7% a voluntaria y 11,4% a involuntaria.

Al momento del alta se indica cuál es el tratamiento más adecuado para el paciente según la complejidad del cuadro, sustancia de abuso y antecedentes. La comunidad terapéutica resulta de mayor elección en un 51,4%, luego el hospital de día 22,9%, tratamiento ambulatorio (psiquiátrico y psicológico) 14,3%, consultorio externo psicológico 8,6% y consultorio externo psiquiátrico 2,9%. El 60% de los pacientes aceptaron la indicación del tratamiento al momento del alta de su internación, mientras que el 40% no lo hizo.

Por último se interrogó respecto al temor del profesional tratante de ser demandado por el paciente, familiar y tutor. El 31,4% tiene dicho temor mientras que el 68,6% no.

## **12. DISCUSIÓN**

Este estudio observacional, transversal y retrospectivo se realizó para evaluar sujetos que cursaron internaciones psiquiátricas tanto voluntarias como involuntarias en el período de marzo 2021 a abril 2022 en un nosocomio de la región sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con el fin de considerar principalmente qué modalidad predomina debido al potencial deterioro del consumo problemático de sustancias de abuso y su posible implicancia en la capacidad civil del paciente.

Nuestro hallazgo respaldó nuestra hipótesis principal que los pacientes con consumo de sustancias de abuso cursan en mayor porcentaje internaciones psiquiátricas de carácter involuntario. La hospitalización tiene por objetivo lograr la desintoxicación, es decir, la interrupción del consumo y atravesar la abstinencia. Por otro lado, estará destinada a recuperar la nutrición, su estado general y la organización de tratamientos en el caso que haya deterioro severo del funcionamiento psicosocial y/o trastorno de conducta que imposibilita una contención adecuada. También, en aquellos casos que fracasaron los tratamientos ambulatorios.<sup>30</sup> El tratamiento no tiene por qué ser voluntario para ser efectivo. Se

ha arribado que tanto las sanciones, el incentivo de la familia, el lugar de trabajo o la justicia puede influir positivamente en el ingreso del individuo al tratamiento, su permanencia, como el éxito del mismo.<sup>51</sup> La hospitalización en caso de no ser voluntaria deberá implementarse cuando existe riesgo cierto e inminente para sí mismo o terceros.<sup>4</sup> De acuerdo al artículo 28 de la Ley de Salud Mental 26.657, el Hospital Penna informó que efectúa internaciones en Guardia, Clínica Médica y en Pediatría. En 2011, se registraron 38 internaciones y en 2012, 20. No se especifica si fueron voluntarias o involuntarias y se comunica que fueron “internaciones breves”. Esta información no incluiría aquellos casos que, con criterio interdisciplinario de internación, que fueron derivados hacia Hospital Monovalente. En este sentido, se señala que “los pacientes que necesitan internación en una sala específica son derivados por la Red y/o SAME según la necesidad a los Hospitales monovalentes de la especialidad, principalmente los pacientes que por su patología son peligrosos para ello y para terceros”.<sup>52</sup> En un estudio de análisis Epidemiológico de la Sala de Internación de Psiquiatría de un Hospital General Metropolitano de Comunidad de la Ciudad de Buenos Aires, en un grupo de 254 pacientes, el 7,1% se internó debió a desintoxicación / consumo de sustancias y de la totalidad de las internaciones el 31,5 % fueron de carácter involuntario pero no discrimina el porcentaje que corresponde específicamente al consumo problemático de sustancias.<sup>53</sup> En función a la duración de la internación el presente estudio señaló que el 48,6% de las mismas correspondió a un promedio de más de 30 días y menos de 60 días. Un estudio realizado en el Hospital Alvear de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires documentó que internaciones psiquiátricas con comorbilidad por abuso de alcohol u otras sustancias no se asoció a incrementos en los tiempos de internación, registrando pacientes con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos tuvieron internaciones más largas ( $119.69 \pm 79.51$  días) que las pacientes con depresión unipolar ( $86.39 \pm 53.89$  días;  $Z = -2.63$ ,  $p = 0.009$ ), trastorno bipolar ( $91.19 \pm 56.08$  días;  $Z = -2.69$ ,  $p = 0.007$ ), y trastornos de personalidad ( $80.13 \pm 53.74$  días;  $Z = -3.80$ ,  $p < 0,001$ ).<sup>66</sup>

En la muestra que fue analizada se pudo demostrar que la población más afectada con consumo de sustancias de abuso es masculina. Las mujeres exhiben menos tasas de consumo de drogas de adicción que los hombres, aunque las tasas de prevalencia van en aumento como toxicómanas en el sexo femenino.<sup>54</sup> SEDRONAR, informó que los varones tienen mayores tasas de consumo de drogas ilícitas que las mujeres.<sup>55</sup> El consumo actual de alcohol se encuentra presente en el 53% de la población, y en mayor medida en los varones. El 7,8% de la población declaró uso de marihuana en el último año; el 10,7% de los varones y el 5,2% de las mujeres. El

1,5% de la población declaró consumo de cocaína en el último año, el 2,4% de los varones y el 0,7% de las mujeres.<sup>56</sup> Las mujeres pasan del consumo casual a la dependencia más rápidamente, experimentan niveles más altos de deseo y de recaída en períodos de abstinencia, consumen mayor cantidad y son menos propensas a realizar tratamiento.<sup>57</sup>

Se evaluó la edad de los pacientes en un rango desde los 20 años a sujetos mayores a 60 años, y los valores fueron comparativamente similares. La oficina contra las drogas y el delito de las Naciones Unidas estima que 3,5 a 5,7% de la población entre 15 a 64 años de edad consumieron sustancias ilícitas. La American Psychiatric Association informa que personas con edades comprendidas entre los 18 y los 24 años presentan tasas elevadas de consumo en prácticamente todas las sustancias.<sup>11</sup> La cocaína es utilizada en alrededor 17 millones de personas en todo el mundo, y el 0,4% corresponde al rango de 15 a 64 años.<sup>58</sup> Según otra fuente el 5,3 % de la población entre 12 y 65 años consumió cocaína alguna vez en su vida y entre los 18 y 24 años se encuentran las tasas más altas.<sup>56</sup> Con respecto al consumo de alcohol, entre los 18 a los 24 años se observa la tasa más elevada, 62 % y entre los adolescentes, la menor, del 34,7%.<sup>56</sup> La prevalencia a los 12 meses del trastorno por consumo de alcohol en los adultos disminuye con la madurez, y alcanza la tasa más elevada entre los 18 a 24 años (16,2%) y la mínima en personas mayores a 65 años (1,5%).<sup>11</sup> Situación similar se plantea en el consumo de marihuana los jóvenes comprendidos entre los 18 y 24 años los que presentan las mayores tasas de consumo.

De la información procesada en este estudio realizado surge que la edad de inicio es mayor entre los 21 a 40 años con el 45,7%, y con el 40 % entre los 10 a 20 años. En un estudio realizado por SEDRONAR en el año 2017, se constató que en el caso de la marihuana más del 73% lo hizo entre los 15 y 20 años, apenas un 2% probó la sustancia luego de los 30 años. Respecto al consumo de alcohol el 60% de los adolescentes bebió apenas pasado los 14 años y en el otro extremo de rango etario declararon tener un inicio entre los 19 y 20 años. En cuanto al inicio en el consumo de cocaína, el 5,3 % de la población bajo estudio consumió alguna vez en su vida y en promedio la primera vez fue a los 20 años.<sup>56</sup>

Hay factores relacionados en la droga dependencia que son de gran importancia como posibles iniciadores y perpetuadores, las familias adversas, desatención de los padres, el maltrato, episodios de violencia, separaciones, falta de estimulación.<sup>5</sup> Sin embargo, en el presente estudio se pudo observar que el mayor porcentaje de pacientes refiere contar con un apoyo continente. Quizás podríamos inferir, que la presencia de una red de contención ayuda a que el paciente solicite atención y su

eventual tratamiento. Dentro de los indicadores de buen pronóstico para lograr la abstinencia durante un año o más, es la presencia de una familia estable o grupo de apoyo adecuado.<sup>17</sup>

Según Bouzón y Zych presentar un buen rendimiento académico y un buen clima escolar actúan como factores protectores del consumo, mientras que un alto índice de ausentismo escolar y conductas problemáticas en el aula son factores de riesgo para el uso de drogas y juegos de azar. Además, esta relación no sólo aparece en la adolescencia sino que continúa en la adultez.<sup>59</sup> En los resultados obtenidos se observó una mayor prevalencia en sujetos con formación terciaria y luego universitaria. SEDRONAR informó en el año 2017, en el caso del consumo de alcohol cerca del 33% se encuentra cursando estudios terciarios/universitarios o bien los han terminado. Consumidores de marihuana cerca del 47% alcanzó nivel universitario, lo haya completado o no. Y sujetos con consumo de cocaína menos del 30% alcanzó o superó el nivel terciario/universitario.<sup>56</sup>

Respecto a la actividad laboral, se observó mayor impacto de consumo en sujetos que se encuentran desempleados. La tasa de desempleo está significativamente asociada con las admisiones a tratamientos por abuso de sustancias.<sup>60</sup> Si bien en general el consumo de drogas es más prevalente en los sectores de nivel socioeconómico más alto, los trastornos de consumo son más prevalentes en las personas de menor nivel socioeconómico y está especialmente arraigada en los barrios vulnerables.<sup>61</sup> El consumo recurrente puede llevar al incumplimiento de deberes en el ámbito académico, laboral o doméstico.<sup>11</sup>

La asistencia en los hospitales públicos de la República Argentina está destinada a nativos como extranjeros. El estudio muestra casi paridad en cuanto a la nacionalidad de pacientes internados, con un predominio en los nativos. El consumo de sustancias de abuso tiene gran impacto a nivel mundial. El número de personas que usan drogas se elevó a 292 millones en 2022, lo que representa un aumento de 20% en 10 años. El cannabis sigue siendo la droga más ampliamente consumida en todo el mundo (228 millones de consumidores), seguido por los opioides (60 millones de consumidores), las anfetaminas (30 millones de consumidores), la cocaína (23 millones de consumidores) y el éxtasis (20 millones de consumidores).<sup>69</sup>

Respecto a las sustancias de abuso, se observó que el policonsumo fue lo que predominó en sujetos que cursan internación, en orden decreciente le siguieron el abuso de cocaína, alcohol y marihuana. Entre la población de 12 a 65 años del país, las sustancias que presentan mayores tasas de consumo de alguna vez en la vida son alcohol (81,0%) y tabaco (51,3%), ambas de uso legal. La Marihuana se

ubica en tercer lugar, con una tasa de consumo del 17,4%. Le continúa el consumo de cocaína el 5,3%.<sup>56</sup>

El tiempo de acumulación del efecto, la edad de inicio del consumo, el efecto del policonsumo tendrá sin lugar a dudas repercusión en la esfera cognitiva.<sup>63</sup> Por otro lado, el impacto cognitivo dependerá de la variabilidad interindividual en función de la reserva cognitiva.<sup>64</sup> Se observa en el presente estudio que los sujetos que cursan internación tienen más de 10 años de consumo, situación que podría dejar en evidencia un mayor deterioro cognitivo y por consiguiente, alteraciones en su capacidad. Sería de gran utilidad en consumidores de sustancias psicoactivas la realización de evaluaciones neuropsicológicas<sup>30</sup>, pero exceden a lo posible en un dispositivo de internación. Otras de las variables a tener en cuenta en esta misma línea son la lucidez, que se refiere específicamente a la atención, orientación temporoespacial, memoria y sensopercepción; como al juicio. Ambas en el presente estudio se encuentran alteradas, lo cual refuerza la premisa ya postulada de que los sujetos por efecto de las sustancias de abuso no se encuentran con capacidad civil conservada, y por tal motivo el predominio de internaciones involuntarias.

Se evaluó problemas de salud asociados al consumo de drogas. En primer lugar se consignó comorbilidad con otras patologías de salud mental, luego conforme a orden decreciente, enfermedad cardiovascular, enfermedades infecto contagiosas, ninguna y por último enfermedades pulmonares. Tashkin, demostró que fumar marihuana provoca inflamación aguda de las vías aéreas superiores, que se manifiesta con hiperplasia vascular, infiltrado y edema de la submucosa.<sup>67</sup> El uso concomitante de marihuana y tabaco aumenta el riesgo de padecer EPOC.<sup>68</sup> El consumo elevado de marihuana duplican la probabilidad de padecer cáncer de pulmón.<sup>69</sup> La cocaína, cuyo principio activo es la benzoilmetilecgonina es un potente simpaticomimético, motivo por el cual hay descrito eventos isquémicos, arritmias, miocarditis, miocardiopatía dilatada, endocarditis, insuficiencia cardíaca, muerte súbita y accidentes cardiovasculares isquémicos.<sup>70</sup> Dentro de las patologías graves infectocontagiosa se presenta el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual y hepatitis virales.<sup>1</sup>

Las comorbilidades de salud mental, representa en primer lugar los trastornos de la personalidad, luego trastornos depresivos, trastornos neurocognitivos, trastornos de ansiedad, trastorno bipolar y relacionados, espectro de la esquizofrenia. Marín Navarrete y col, en un artículo postula que 75.72% cumplía con criterios diagnósticos para algún trastorno psiquiátrico comórbido, siendo los más prevalentes los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador,

seguidos por los trastornos de ansiedad, la ansiedad por separación, los trastornos afectivos, los trastornos por control de impulsos y con menor frecuencia los trastornos de la conducta alimentaria. En la mayoría de los casos (83.59%), los trastornos psiquiátricos comórbidos precedieron a los trastornos adictivos.<sup>72</sup> La comorbilidad entre los trastornos por uso de sustancias y la depresión mayor es la patología dual más frecuente en el ámbito de la adicción a sustancias y tiene tasas de prevalencia que oscilan entre el 12% y el 80%, lo que complica la respuesta al tratamiento y empeora el pronóstico de los pacientes.<sup>73</sup> Una revisión de la literatura se centra en el trastorno por consumo de alcohol recurrente y su relación con los trastornos de personalidad caracterizados por la impulsividad y la desregulación afectiva, específicamente los trastornos de personalidad antisocial y los trastornos límite de la personalidad.<sup>74 75</sup> Una revisión destinada a evaluar los déficits cognitivos relacionados con el trastorno por abuso de sustancias pudo concluir que las personas con dicha patología tienen déficits moderados en la memoria, la atención, las funciones ejecutivas y la toma de decisiones (incluidas las expectativas de recompensa, la valoración y el aprendizaje); por lo tanto los déficits en las funciones ejecutivas de orden superior y en la toma de decisiones son predictores importantes de recaída.<sup>76</sup>

Al momento de indicar el alta será de vital importancia definir el tratamiento que deberá realizar el paciente. Conforme a lo obtenido en el estudio en primer lugar resultó la comunidad terapéutica con un gran porcentaje, seguido por el hospital de día y por último el tratamiento ambulatorio (consultorio externo). La adicción es una enfermedad crónica o recidivante, la disminución de la frecuencia o de las cantidades de consumo condice con cambios en receptores y neuroadaptaciones a través de regulación de expresión génica. Dichos cambios explicarían el riesgo de recaída.<sup>77</sup> El 40-60% de los pacientes tratados por alcoholismo u otra drogadependencia retoma al uso regular dentro de un año luego del tratamiento.<sup>78</sup> Por este motivo se deberá contar con dispositivos de mayor y menor intensidad; el tratamiento de cada paciente debe ser evaluado continuamente y, de ser necesario, modificado para asegurar que se mantenga a la par con cualquier cambio en su condición. La desintoxicación médica es sólo la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el abuso de drogas a largo plazo. El modelo de tratamiento residencial mejor conocido es el de la comunidad terapéutica (CT), con estadías planificadas de 6 a 12 meses. Las CT ponen énfasis en la "resocialización" del paciente y usan como componente activo del tratamiento a la comunidad entera del programa, incluyendo a otros residentes, el personal y el

contexto social. El hospital de día se destina a pacientes que hayan finalizado una CT, o bien para aquellos individuos que trabajan o tienen amplio apoyo social.

Los grupos de autoayuda pueden complementar y ampliar los efectos del tratamiento profesional. Los mejores grupos de autoayuda son los que están afiliados a Alcohólicos Anónimos (AA), Narcóticos Anónimos (NA) y Cocaína Anónimos (CA), todos ellos basados en el modelo de los 12 pasos.<sup>79</sup>

Los pacientes con abuso de sustancias suelen subestimar su consumo y manifiestan tener el poder de controlarlo, motivo por el cual suelen rechazar los dispositivos de tratamientos más intensivos y prolongados.<sup>30</sup> En esta encrucijada muchos profesionales de la salud temen respecto a la posibilidad de ser demandados. En consonancia con los principios de bioética descritos y bajo el encuadre de la ley de salud mental 26657 los profesionales deben actuar de acuerdo a lo allí establecido y de ese modo, estarán amparados.<sup>4 12</sup>

## **CONCLUSIONES**

El trastorno por abuso de sustancias es una problemática de gran prevalencia a nivel mundial.

En nuestro medio el abuso de sustancias legales como alcohol y tabaco es predominante mientras que las drogas ilegales más frecuentemente consumidas son marihuana, cocaína en sus diversas formas y psicofármacos.

El consumo suele ser mayor en hombres comparativamente que en mujeres, y su mayor incidencia es en población adolescente y adultos jóvenes. Individuos con superior formación educativa registraron mayor nivel de consumo.

Los avances en neurociencia identificaron la adicción como una enfermedad cerebral crónica con fuertes componentes genéticos, de neurodesarrollo y socioculturales. Con un fuerte impacto en la cognición del sujeto y la consecuente alteración en la toma de decisiones.

Pacientes con consumo problemático de sustancias tienen elevada prevalencia de presentar comorbilidades con otras patologías de salud mental, como trastornos de

personalidad, trastornos del estado del ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos cognitivos y trastornos psicóticos.

Consecuencia del efecto de abuso de sustancias los pacientes pueden padecer enfermedades cardiovasculares, respiratorias, e infectocontagiosas predominantemente.

La ley del Ejercicio Legal de la medicina N° 17132, establece en el artículo 19 la responsabilidad profesional de respetar la voluntad de nuestros pacientes ante la negativa de tratarse o internarse, a menos que su capacidad de decidir se encuentre afectada como en el caso de que mediara riesgo para sí y / o terceros.

En nuestro país, la Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657) reconoce la importancia de abordar los trastornos por abuso de sustancia, como parte integral de las políticas de salud mental.

Existen distintos dispositivos de tratamiento destinado a pacientes con adicciones. Internación con el fin de la desintoxicación, comunidades terapéuticas, hospital de día y tratamiento ambulatorio en consultorio externo; su elección dependerá del cuadro y necesidad del paciente.

La internación es una instancia donde la autonomía de la voluntad se presenta en tensión y cede ante la situación de riesgo cierto e inminente.

La capacidad de ejercicio del paciente se presume y las limitaciones son de carácter excepcional y se imponen en beneficio de la persona. Se puede restringir siempre que la persona padezca una adicción o una alteración mental permanente o prolongada, de suficiente gravedad, siempre que considere que, del ejercicio de su plena capacidad, que es la regla, puede resultar un daño a su persona o a sus bienes.

Entendemos por riesgo cierto e inminente a la contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros.

Ante la evaluación por un equipo interdisciplinario que constata la presencia de dicho riesgo cierto e inminente, se llevará a cabo su internación por salud mental

involuntaria. Deberá ser comunicada al Órgano jurisdiccional en un plazo máximo de 10 horas y se procederá a iniciar las actuaciones judiciales de «control de internación». La internación será revisada periódicamente y deberá ser entendida de modo excepcional, dado lo cual si existiere algún tipo de intervención o tratamiento menos restrictivo de la libertad debería modificarse.

Se considerará internación involuntaria a aquella en la que la persona no haya prestado su consentimiento informado, debido al deterioro psíquico producto del consumo crónico de sustancias de abuso o bien, un estado de intoxicación aguda que generará alteración en su esfera volitiva y restricción de su capacidad para poder prestarlo, en dicho caso, el consentimiento informado será suscripto por un representante legal.

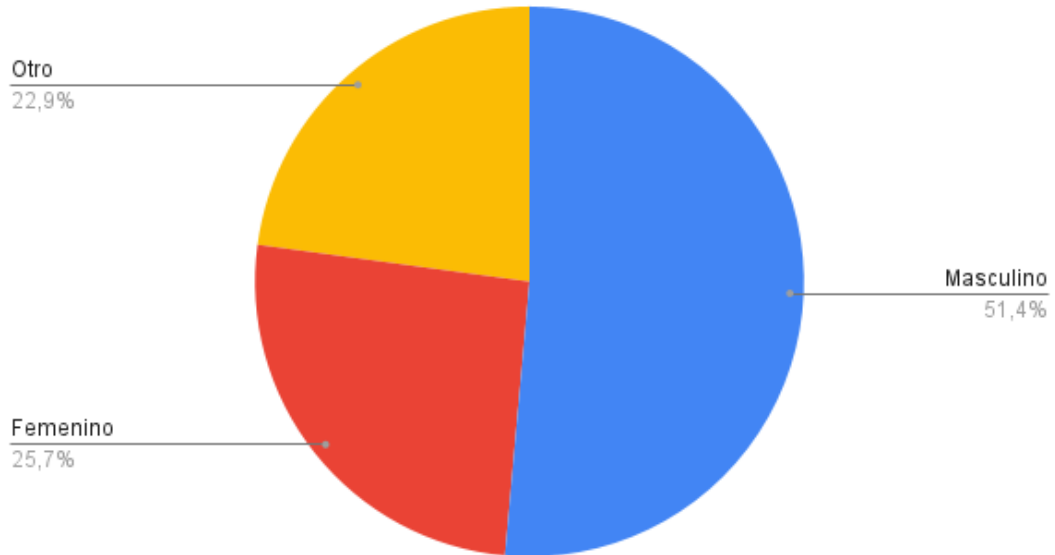
En relación a esta investigación se concluye que el mayor porcentaje de pacientes presentan alteración de su capacidad, motivo por el cual, cursa una internación de carácter involuntaria. Requiriendo del apoyo de una red social para dicho procedimiento y para su externación.

De la encuesta se asocia que el temor por parte de los profesionales para ser demandados por responsabilidad médica se asocia a la negativa y discrepancia por parte del paciente y familiar ante la indicación de tratamiento al alta del paciente.

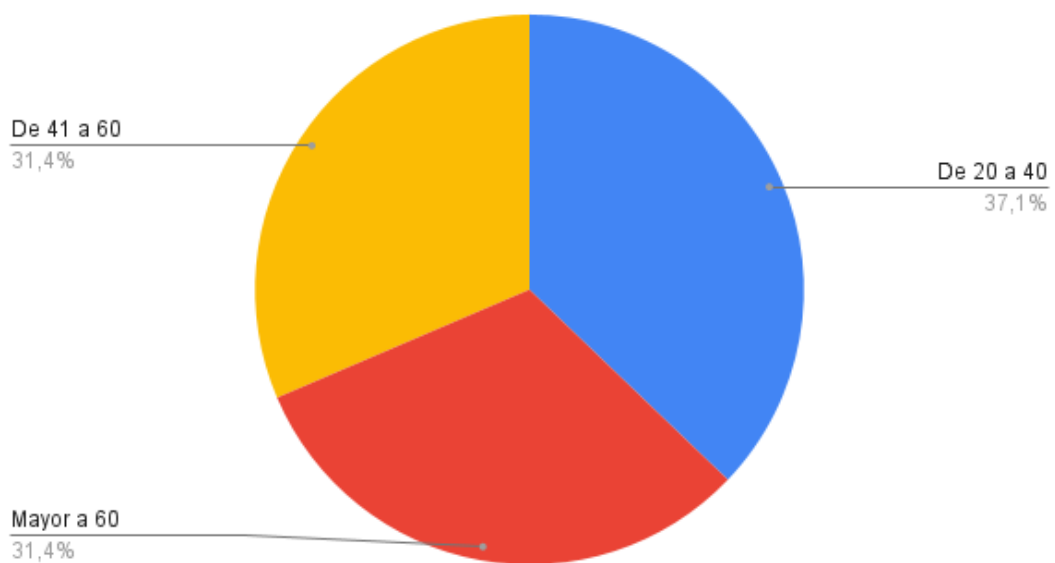
El conocimiento adecuado de las legislaciones que resguardan tanto al paciente como al profesional, conforme a la Ley de Salud Mental (N° 26.657), la Ley de Derechos del Paciente (N° 26529) y del Ejercicio Legal de la Medicina (N° 17.132), nos lleva a realizar el acto médico sin perjuicio, minimizando el riesgo de que se produzca un litigio.

## GRAFICOS

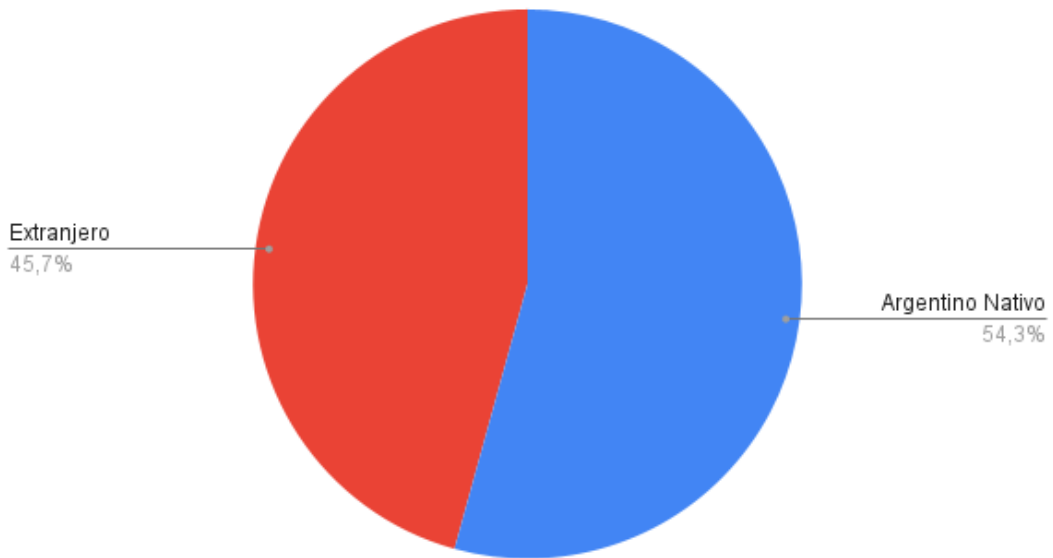
### Recuento de Género



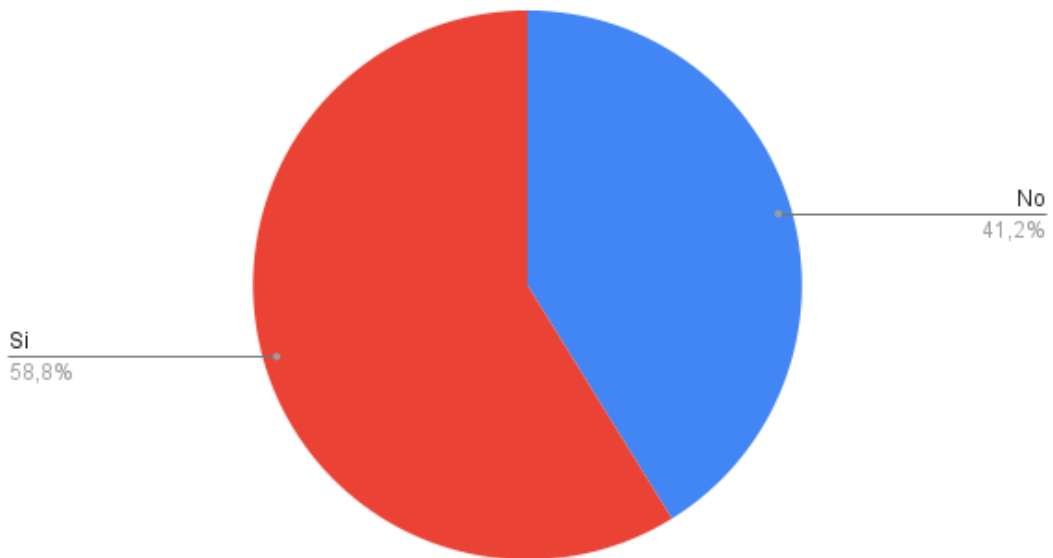
### Recuento de Edad



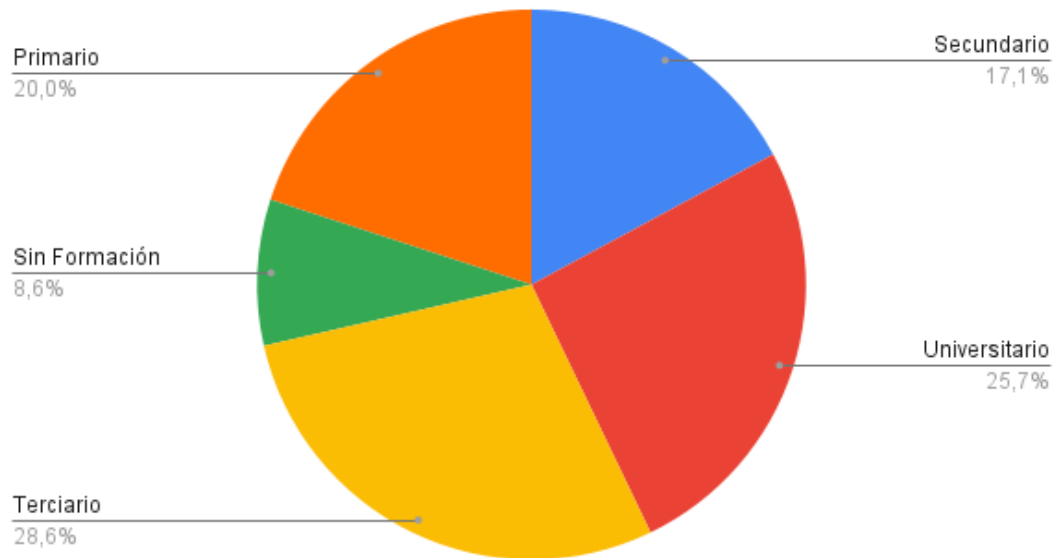
### Recuento de Nacionalidad



### Recuento de Grupo Continente



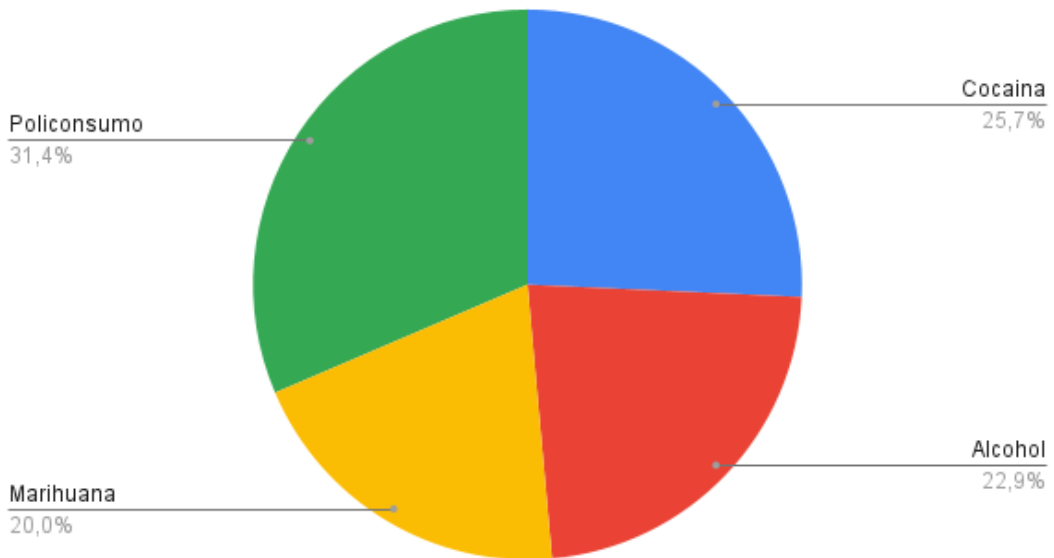
## Recuento de Nivel Educativo



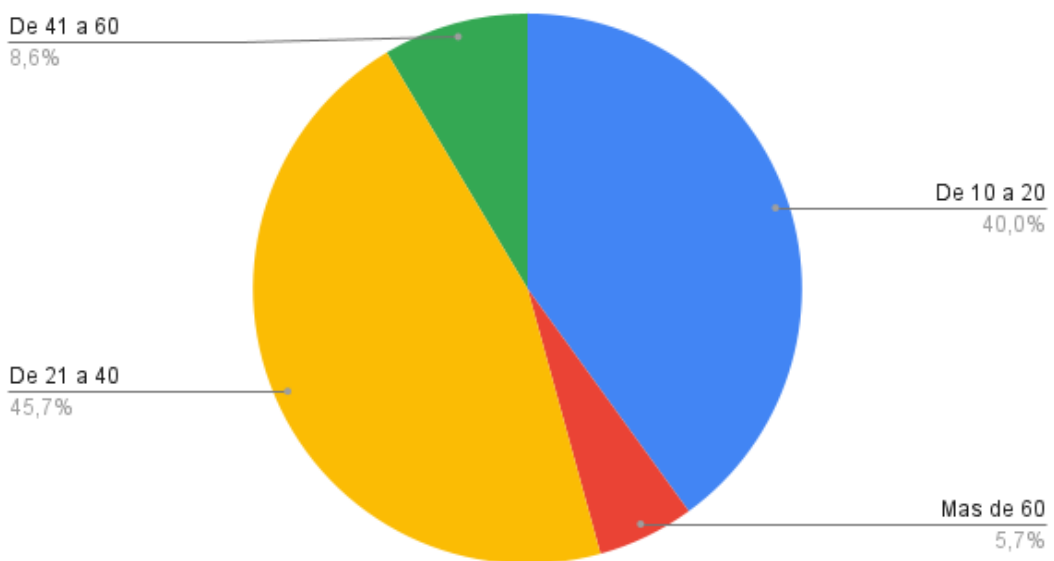
## Recuento de Actividad Laboral



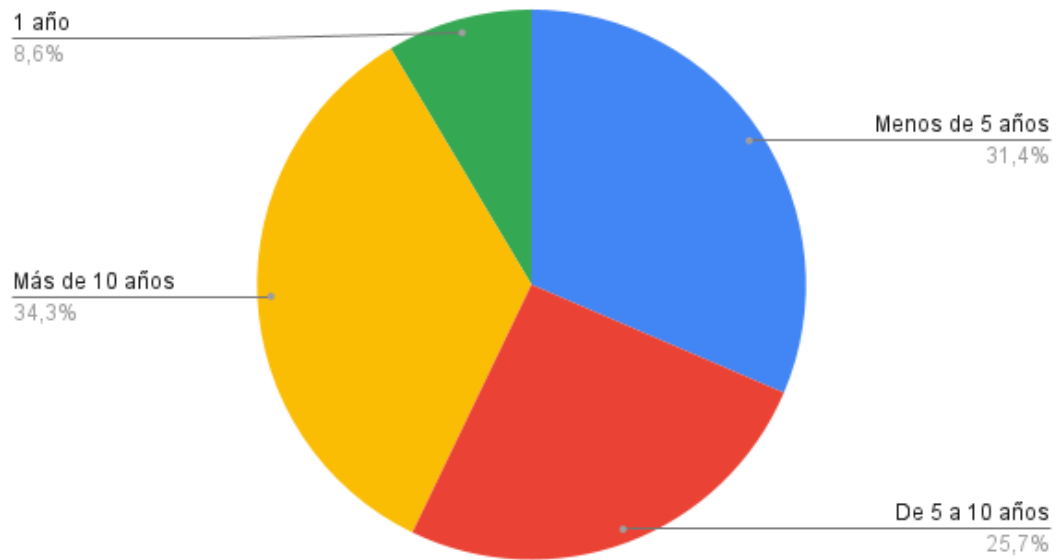
### Recuento de Sustancia de abuso



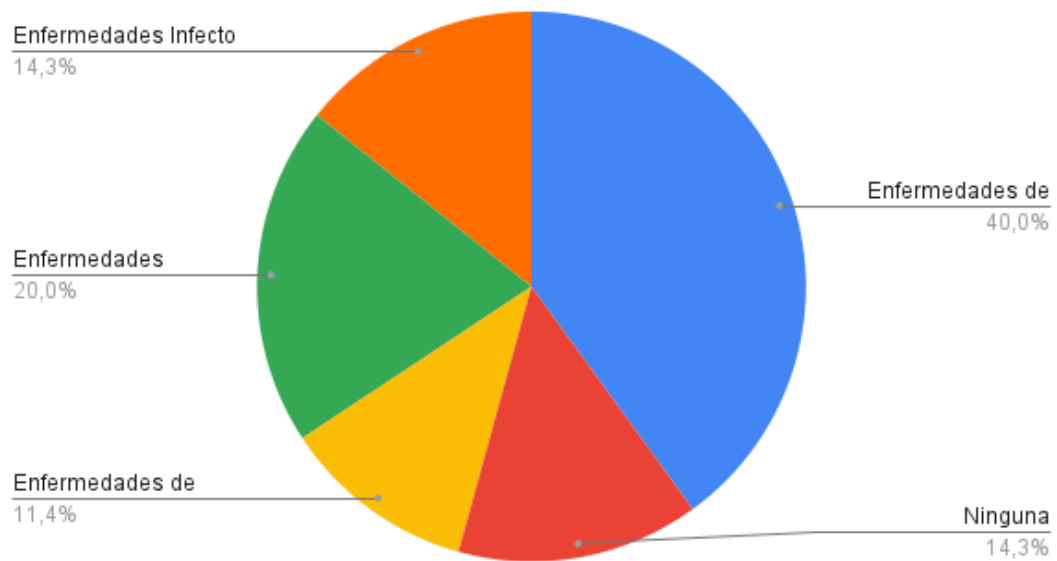
### Recuento de Edad de Inicio de Consumo



### Recuento de Años de Consumo Problemático de sustancias

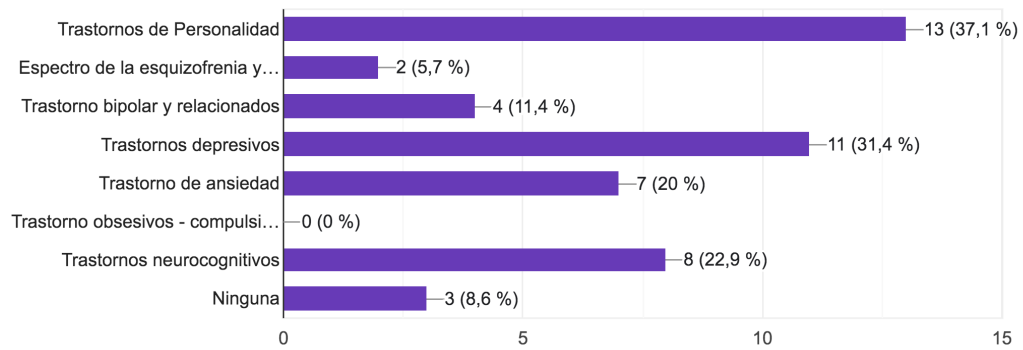


### Recuento de Problemas de Salud relacionado con las drogas

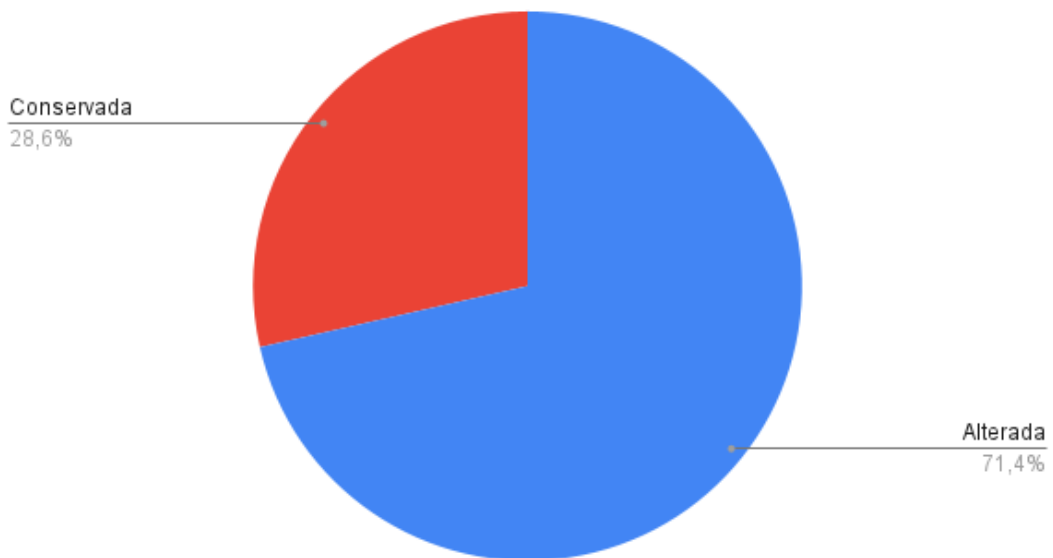


### Comorbilidades de Salud Mental

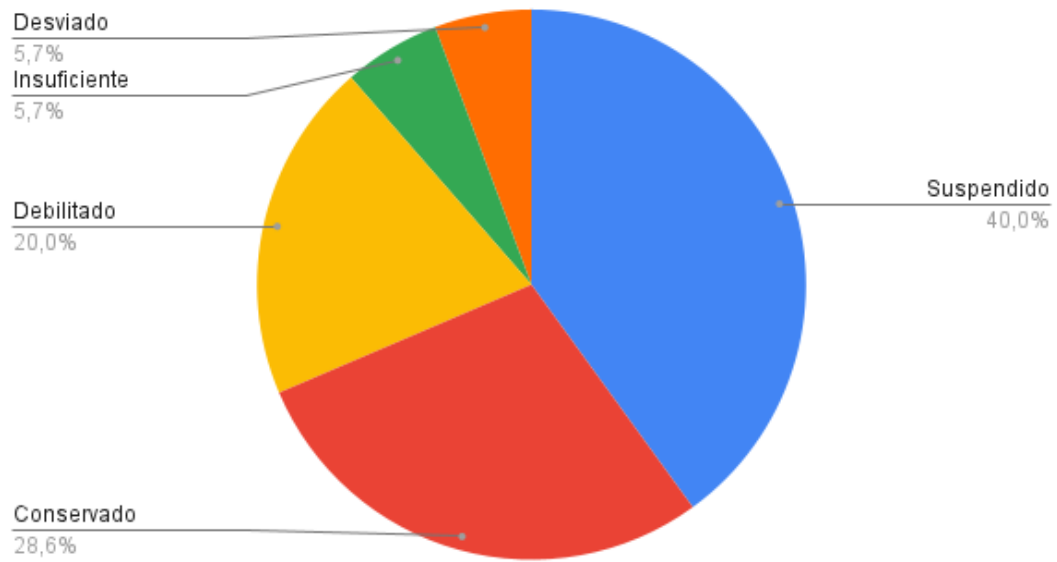
35 respuestas



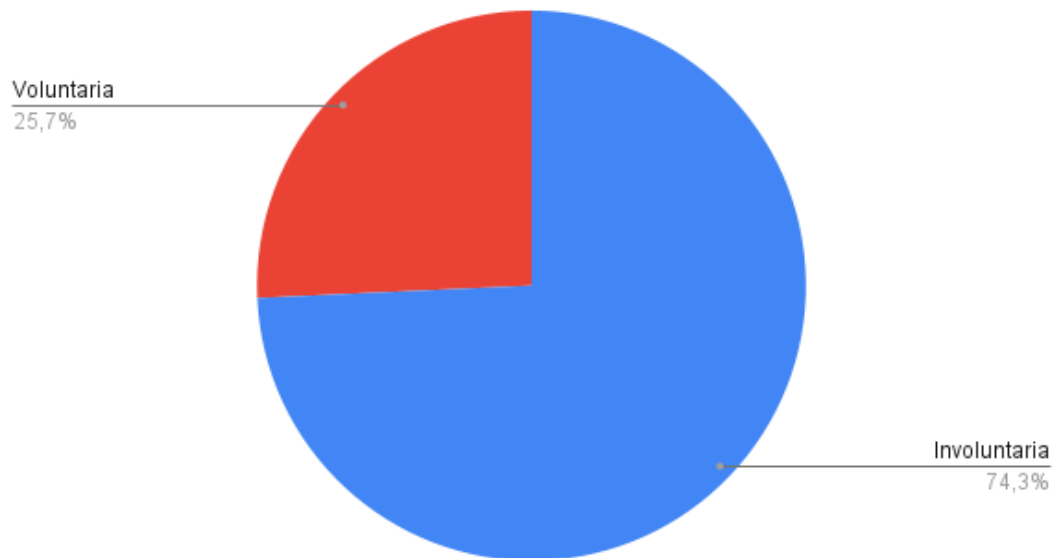
### Recuento de Determinación de Lucidez Mental



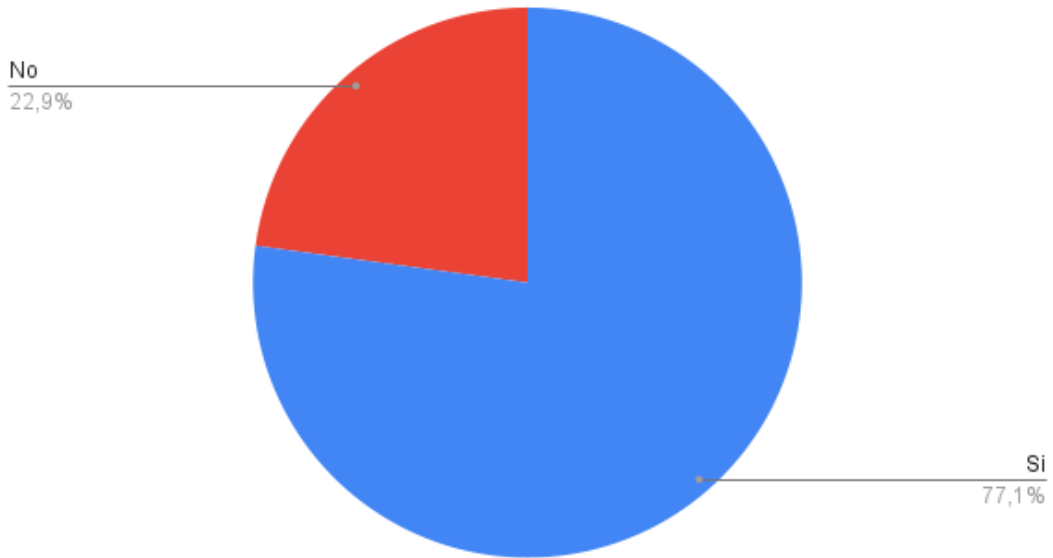
### Recuento de Determinación de Juicio



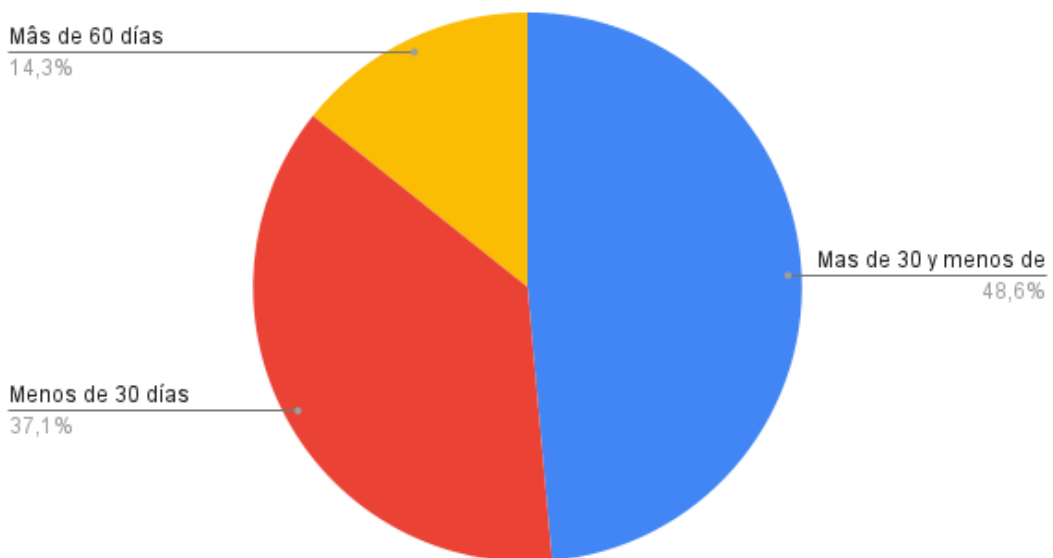
### Recuento de Tipo de Internación



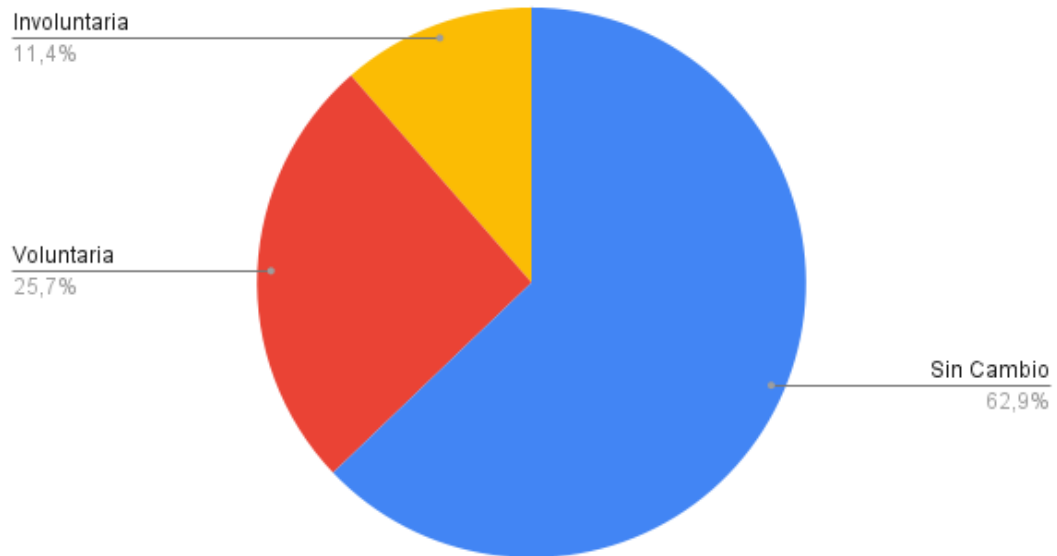
### Recuento de Intervención por juzgado



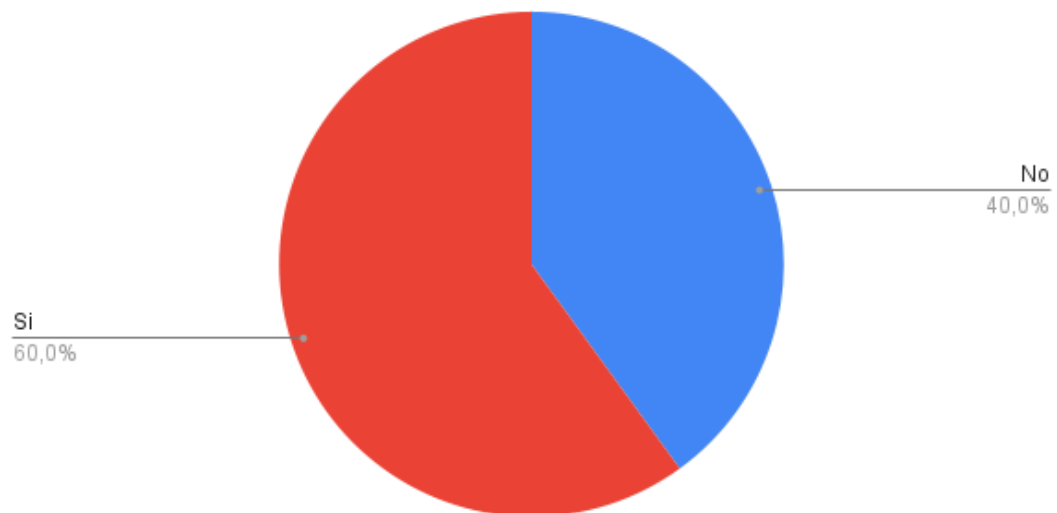
### Recuento de Plazo de internación



### Recuento de Cambio de carácter de internación

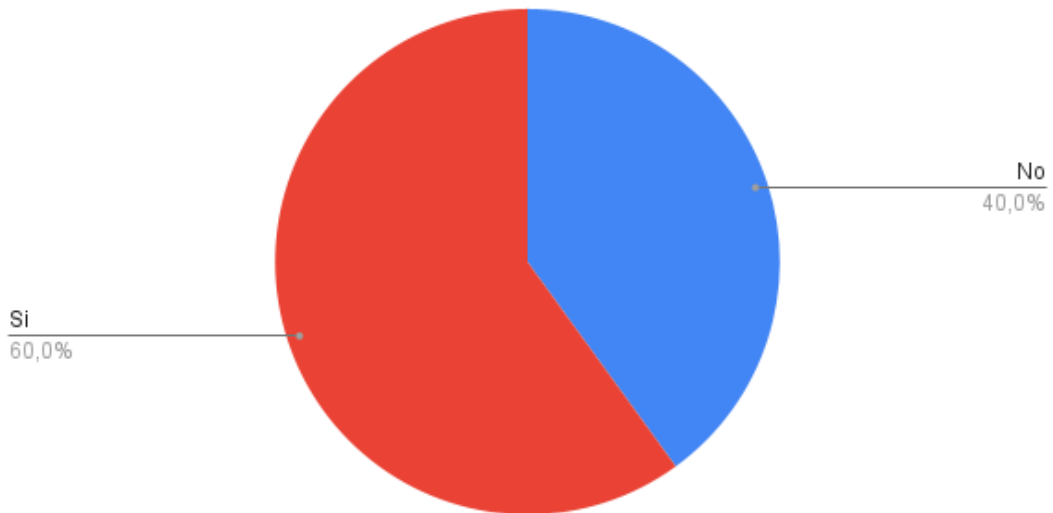


### Recuento de Aceptación de tratamiento indicado al momento del alta

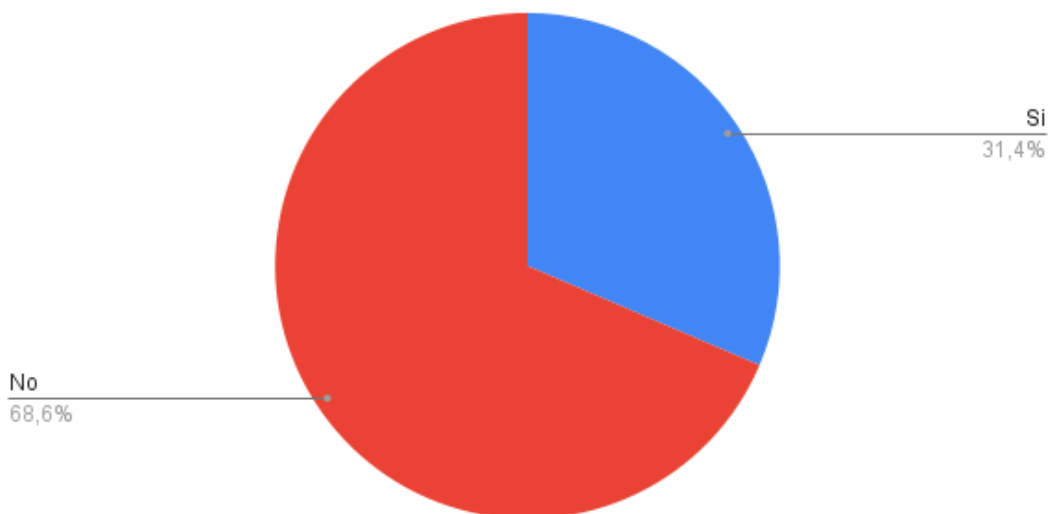


1

### Recuento de Aceptación de tratamiento indicado al momento del alta



### Recuento de El profesional temió ser demandado por el paciente / familiar / tutor por responsabilidad médica



## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Jorge Naveira, Stella M. Drago. Drogas, afecciones clínicas derivadas de su consumo. 1ª ed. Buenos Aires: Editorial Dunken. 2011. 29-40 171-179
- 2.- Alfredo Achaval. Psiquiatría medicolegal y forense. 1ra reimpresión. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Editorial Astrea. 2009. Tomo 2, 1-34.
- 3.- Alejandro Basile. Fundamentos de Medicina Legal de odontología y bioética. 6ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El Ateneo, 2015. 262-268.
- 4.- Ley Nacional de Salud Mental N 26.657. Poder Legislativo Nacional. Sanción 25 de Noviembre de 2010. Argentina.
- 5.- José Luis Covelli. Manual de Psiquiatría Forense. 1ª ed. Ciudadela. Dosyuna Ediciones Argentinas, 2007. 151-160
- 6.- Nora D. Volkow, and Marisela Morales. The Brain on Drugs: From Reward to Addiction. Review. Cell 2015 Aug 13;162(4):712-25.
- 7.- Zieher, L M y colaboradores. Psiconeurofarmacología Clínica y sus bases neurocientíficas. 3ª ed. Argentina. Gráfica Siltor. 2003. 137-150.
- 8.- Antonio Verdejo-Garcia, PhD; Gloria Garcia-Fernandez, PhD; Geert Dom, PhD. Cognition and addiction. Dialogues Clinical Neuroscience. 2019;21(3):281-290.
- 9.- UNODC (Oficina contra las Drogas y el Delito de las Naciones Unidas). United Nations. Annual Report 2018. [https://www.unodc.org/documents/AnnualReport/Annual-Report\\_2018.pdf](https://www.unodc.org/documents/AnnualReport/Annual-Report_2018.pdf)
- 10.- Sotelo, M. Inés; Irrazabal, Evangelina; Miari, S. Antonella; Cruz, Alejandra. El consumo problemático de sustancias, desde la mirada de los profesionales, psiquiatras y psicólogos en los dispositivos para alojar urgencias. Una lectura psicoanalítica. Anu. investig. vol. 20 N°2. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Diciembre 2013
- 11.- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. 5ª Edición. Editorial Panamericana. 2014. 481-490
- 12.- José Ángel Patitó. Manual de Medicina Legal. Editorial Akadia. 2008. 53-64
- 13.- Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado, Ley N° 26529. Poder Legislativo Nacional. Año 2009. Argentina.
- 14.- Mariano C Otero. Código procesal civil y comercial de la nación. 7ª Edición. Editorial Estudio. 2022.
- 15.- De Trasplante de Órganos y Tejidos Ley 24.193. Texto actualizado por Ley 26.066 El Senado y la Cámara de Diputados de la República Argentina. Sancionada: Marzo 24 de 1993. Promulgada Parcialmente: Abril 19 de 1993.

- 16.- Manuel Suárez Richards. Introducción a la psiquiatría. 4a edición. Editorial Polemos. Año 2012.
- 17.- Kaplan & Sadock. Manual de Psiquiatría Clínica. 5ª Edición. Editorial Wolters Kluwer. 2023.
- 18.- Débora Serebrisky. Trastornos por Sustancias, Alcohol. 1ª Edición. Editorial Sciens. 2014.
- 19.- Guerri, C. Cómo actúa el alcohol en nuestro cerebro. Trastornos adictivos. 2 (1): 14-25 2001.
- 20.- Guardia, J. Neurobiología del alcoholismo. En: Rubio G, Santo – Domingo J, Coordinadores. Curso de Especialización en Alcoholismo. Madrid: Fundación Ayuda contra la drogadicción. Capítulo 3. 2001.
- 21.-Waisman Campos M. Alcoholopatías. Editorial Corpus. Deterioro cognitivo asociado al consumo de alcohol. Capítulo 14. 2012.
- 22.- Panza, F; Capurso, C; Solfrizzi, V. Alcohol use, thiamine deficiency, and cognitive impairment. JAMA Vol 299 Nro 24. Página: 2853-2854. 2008.
- 23.- Seigneurie AS, Guerin Langlois C, Limosin F. Encephale; 39:320-325. 2013
- 24.- Mochizuki, H; Masaki, T; Matsushita, S; Ugawa, Y; Kamakura, K; Arai, H; Motoyosi, K; Higuchi S. Cognitive impairment and diffuse White matter atrophy in alcoholics. Clinical Neurophysiology. Vol 116 Nro 1 Página 223-228. 2005.
- 25.- Demir B, Ulug B, Lay Ergun E, Erbas B. Regional cerebral blood flow and neurohycological functioning in early and late onset alcoholism. Psychiatry Res 115: 115-25. 2002.
- 26.- Harper C, Matsumoto. Ethanol and brain damage. Current opinión in pharmacolgy; 5: 73-78. 1998.
- 27.- Harper C., Matsumoto. Ethanol and brain damage. Current opinión in pharmacology; 5:73-78. (1998)
- 28.- Ryan P. Vetreno, Joseph M Hall, Lisa Savage. Alcohol – related amnesia and dementia: Animal models have reveled the contributions of different etiological factor son neuropathology, neurochemical dysfunction and cognitive impairment. Neurobiol Learn Mem. Nov; 96(4): 596-608.2011
- 29.- Luchsinger JA, Tang MX, Siddiqui M, Shea S, Mayeux R. Alcohol intake and risk of dementia. Journal of the American Geriatrics Society; 52:540-546.2004.
- 30.- Waisman Campos, M; Benabarre Fernández, A. Adicciones, uso de sustancias psicoactivas y presentaciones clínicas de la enfermedad adictiva. 1ª Edición. Editorial Médica Panamericana S.A.C.F. 2017.
- 31.- Débora Serebrinsky. Trastorno por sustancias, Marihuana. 1ª Edición. Editorial Sciens. 2014.

- 32.- Anthony, J; Warner, L.A; Kessler, R.C. Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants.: Basic findings from the National Comorbidity Survey. *Exp Clin Psychopharmacol* 2:244-268. 1994.
- 33.- Marc L Copersino 1, Susan J Boyd, Donald P Tashkin, Marilyn A Huestis, Stephen J Heishman, John C Dermand, Michael S Simmons, David A Gorelick Cannabis withdrawal among non-treatment-seeking adult cannabis users. *Am J Addict* 2006 Jan-Feb;15(1):8-14.
- 34.- Hall, W. The adverse health effects of cannabis use: What are they, and what are their implications for policy? *Int J of Drug Policy* 20: 458:-466. 2009.
- 35.- Sedronar. Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2010.
- 36.- World health organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Geneva: WHO. 1992.
- 37.- Solowij N. Cannabis and cognitive functioning. Cambridge, England. Cambridge University Press. 1998.
- 38.-Rubino T; Realini, Braida, Guidi, Capurro et al. Changes in hippocampal morphology and neuroplasticity induced by adolescent THC treatment are associated with cognitive impairment in adulthood hippocampus. *19 (8): 763-772. 2009.*
- 39.-Ho, B.C; Wassink, T.H.; Ziebell, S; Andreasen, NC. Cannabidoid receptor 1 gene polymorphisms and marijuana misuse interactions on White matter and cognitive deficits in schizophrenia. *Schizophrenia Research; 128 (1-3): 66-75. 2011.*
- 40.-Karch, SB A brief history of cocaine, 2nd edition, CRC Press, Boca Raton, FL.2006.
- 41.- Débora Serebrisky. Trastornos por sustancias. Cocaína. 1ª edición. Editorial ScienS. 2014.
- 42.-Serfaty E. Et al. Consumo de tabaco, alcohol y drogas. Factores de riesgo. *Boletín Academia nacional de Medicina. 1996.*
- 43.-Fishman MW, Foltin RW. Cocaine self-administration research: implications for rational pharmacotherapy. In: behavior, pharmacology, and clinical applications, Higgins, ST, Katz, JL (Eds). Cocaine abuse academy press San Diego, CA. P 181-207. 1998.
- 44.-Lorenzo P, Ladero JM. Drogodependencias. España: Panamericana. 2003.
- 45.-Nademanee K, Gorelick DA, Josephson MA, et al. Myocardial ischemia during cocaine withdrawal. *Ann Intern Med, 1989; 111:876.*
- 46.-Friedman AS, Pross S, Klein TW. Addictive drugs and their relationship with infectious diseases. *FEMS Immunol ME Microbiol, 28:561. 2001.*

- 47.-Volkow N Adicciones. Disertación presentada en Congreso de la Asociación Americana de Psiquiatras. New York, EE.UU, Mayo 2014.
- 48.-Ersche KD, Jones PS, Williams GB, Robbins TW and Bullmore ET. Cocaine Dependence: a fast-track for brain ageing? *Molecular Psychiatry*, 2013; 18, 134-135.
- 49.- Broggi, Marco Antonio. El documento de voluntades anticipadas. *Medicina Clínica*, volumen 117 (1):14, 2006.
- 50.- Otero Mariano C. Código Procesal Civil y Comercial de la Nación. 7ª Edición. Editorial Estudio. 2022.
- 51.- Volkow N Principles of drug addiction treatment: A research-based guide. National Institute on drug abuse. National Institutes of Health U.S. Department of Health and Human Services. 3ª edition. 1999.
- 52.- Internaciones por salud mental en hospitales generales de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. SALUD MENTAL. Ministerio Público Tutelar. [www.asesoriatutelar.gob.ar/publicaciones](http://www.asesoriatutelar.gob.ar/publicaciones). Febrero de 2014.
- 53.- Sebastián Malleza, Tomás Abudarham, Fernando Carlos Bertolani, Daniel Matusevich, José Luis Faccioli. Análisis Epidemiológico de la Sala de Internación de Psiquiatría de un Hospital General Metropolitano de Comunidad de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. *Vertex Rev Arg Psiquiatría* 33(158): 6-19. 2002.
- 54.- SAMHSA. Substance abuse and mental health services administration. 2012.
- 55.- Informe de la SEDRONAR sobre consumo de drogas en la población de 12 a 65 años en Argentina. [www.medicinabuenosaires.com](http://www.medicinabuenosaires.com) Actualizado Septiembre 2024.
- 56.- Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas. . Informe de Resultados N° 1. SEDRONAR. Presidencia de la Nación Argentina. 2017.
- 57.- Ignjatova L, Raleva M. Gender difference in the treatment outcome of patients served in the mixed-gender program. *Bratisl Lek Listy*; 110 (5):285-9. 2009.
- 58.- United Nations Office on Drugs and Crime. 2015.
- 59.- Andrea Bouzón e. Izabela Zych. Variables Escolares y Consumo de Drogas en la Adolescencia y Adulthood: un Estudio Retrospectivo. *Revista de los psicólogos de la educación*. Vol. 29. Núm. 2. Páginas 177 – 184. Junio 2023
- 60.- Sunday Azagba, Lingpeng Shan, Fares Qeadan, Mark Wolfson. Unemployment rate, opioids misuse and other substance abuse: quasi-experimental evidence from treatment admissions data *BMC Psychiatry* 10;21(1):22. doi: 10.1186/s12888-020-02981-7. Jan 2021
- 61.- Ann Mitchell, Ignacio Debortoli. Consumo problemático de sustancias psicoactivas en Argentina en perspectiva global. *RevIISE* | Vol. 23, Año 18 | Abril 2023 - septiembre 2023

- 62.- Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Informe Mundial sobre las Drogas 2024 de UNODC: los daños del problema mundial de las drogas siguen aumentando en medio de la expansión del consumo y los mercados de drogas. Viena, 26 de junio de 2024
- 63.- Wang T, Collet JP, Shapiro S et al. Adverse effects of medical cannabinoides: a systematic review. CMAJ, 2008; 178:1669-78
- 64.- Waisman Campos M. Alteraciones cognitivas en pacientes de la tercera edad por uso de sustancias. En: Trastornos por sustancias: poblaciones especiales. En: Serebrisky D Ed Sciens. 2014
- 65.- Naciones Unidas. Oficina contra la droga y el delito: informe subregional sobre el abuso de drogas en población escolarizada. Capítulo VI Marihuana, en [www.unodc.org](http://www.unodc.org). 2010.
- 66.- Damián Chebar, Patricio Alba, Héctor Alarcón, Guillermo Fassi, Valeria Losanovsky Perel, Silvina Mazaira, Diego J. Martino. Duración de las internaciones psiquiátricas: una caracterización clínica y socio-demográfica. VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. Vol. XXX: 420-425. 2019
- 67.- Roth MD, Arora A, Barsky SH, Kleerup EC, Simmons M, Tashkin DP. Airway inflammation in Young marijuana and tobacco somkers. Am J Respir Crit Care Med; 157: 928-37. 1998.
- 68.- Tan WC, Lo C, Jong A, Xing L, et al. Vancouver Burden of obdtructive lung disease. Research Group. Marijuana and chronic obstructive lung disease – a population – based study. CMAJ 180:814-820. 2009.
- 69.- Callaghan R, Allebeck P, Sidorchuk A. Cancer Causes Control. 24:1811-1820. 2013.
- 70.- Marzoa Rivas R, Ferrer Castro V y ot. Patología orgánica en adicciones, cocaína y enfermedades cardiovasculares. Adicciones, Volumen 18. Galicia, España. 2006.
- 71.- Carlos R Pereyra. Semiología y psicopatología de los procesos de la esfera intelectual. Editorial Salerno. 2000.
- 72.- Rodrigo Marín-Navarrete, Corina Benjet, Guilherme Borges, Angélica Elosa-Hernández, Ricardo Nanni-Alvarado, Marcos Ayala-Ledesma, José Fernández-Mondragón, María Elena Medina-Mora. Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones Salud Mental. Vol.36 no.6 México nov./dic. 2013.

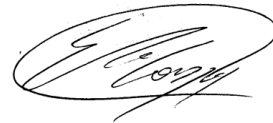
- 73.- Judit Tirado Muñoz, Adriana Farré, Joan Mestre-Pintó, Nestor Szerman, Marta Torrens. Dual diagnosis in Depression: treatment recommendations. *Adicciones*, Jan 1;30(1):66-76. 2018.
- 74.- Ashley C Helle, Ashley L Watts, Timothy J Trull, Kenneth J Sher. Alcohol Use Disorder and Antisocial and Borderline Personality Disorders. *Alcohol Res.* Dec 30;40(1). 2019
75. Khrystyna Stetsiv, Ian A Mc Namara, Melissa Nance, Ryan W Carpenter. The Co-occurrence of personality disorders and substance use disorders. *Review Curr Psychiatry Rep.* Nov 25 (11): 545 – 554. 2023.
- 76.- Antonio Verdejo-Garcia, Gloria Garcia-Fernandez, Geert Dom. Cognition and addiction. *Review Dialogues Clin Neurosci.* Sep;21(3):281-290. 2019
- 77.-Waisman Campos Marcela. Dificultades en la asistencia del paciente usuario de sustancias psicoactivas. PROAPSI. Sexto ciclo. Módulo 3. APSA. Editorial Panamericana. 2017.
- 78.- Vaillant GE. A 60 year follow up of alcoholic men. *Addiction.* 98:1043. 2003.
- 79.-National Institute of Drugs Abuse. Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones. Revised July 2010.
- 80.- Arte de curar Ley 17.132. Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas. Poder Ejecutivo Nacional. Argentina.1967.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Febrero de 2025

Estimados Directivos,

Habiendo analizado y comprendido el contenido de este Trabajo Final Integrador, como tutor a cargo de la estudiante de posgrado, Dra. María Florencia Reynoso, doy por aprobado el siguiente TFI, para su presentación y Calificación final por parte del Comité Académico.

Saluda a Uds. Atentamente.



Dr. Emiliano Hayquel  
M.N.: 129949  
Médico  
Especialista en Psiquiatría  
Especialista en Medicina Legal