



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA

*“TRASTORNO DE ABUSO DE SUSTANCIAS EN TRABAJADORES DE UNA
EMPRESA DE HIGIENE URBANA DEL GCBA”*

**INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD FUNDACIÓN BARCELÓ
CARRERA DE ESPECIALISTA DE MEDICINA LEGAL
TRABAJO FINAL INTEGRADOR**

Director de la Carrera: Dr. Roberto Foyo

Autor: Matías Ricardo Giménez

Tutora: Laura S. Bermolen

Año: 2024

ÍNDICE

Resumen.....	3
Abstract.....	4
Objetivos – Marco teórico.....	5
Adicciónología.....	7
Psicopatología de los adictos.....	14
Las sustancias psico-neuro-bio-socio-tóxicas.....	15
Cocaína.....	16
Opiáceos.....	21
Marihuana.....	22
Anfetaminas.....	23
LSD.....	25
Peyote.....	26
Cucumelo.....	26
Psilocibina.....	27
Tabaco.....	28
Alcoholes.....	28
Trastornos por abuso de alcohol.....	30
Legislación vigente.....	41
Ley 23737 de drogas.....	41
Ley 24788 (Alcohol).....	43
Ley 26687 antitabaco.....	45
Resiliencia.....	47
Estrategias preventivas.....	49
Justificación- Fundamentación	50
Población –Muestra Seleccionada	51
Tipo de estudio	53
Resultados.....	54
Conclusión.....	61
Bibliografía	65
Apéndice Cuestionario	66

Resumen

Este trabajo investigará la prevalencia del consumo problemático de sustancias en trabajadores de una empresa de higiene urbana que cumple su tarea en la ciudad de Buenos Aires. El autor de esta investigación se desempeña en el Servicio Médico de esa empresa y observó que esta problemática nunca se había mensurado.

Se estudiarán las características de las adicciones, de las sustancias psicoactivas y la legislación vigente en Argentina respecto a drogas, tabaco y alcohol.

Se pesquisará el consumo problemático de sustancias en el contexto de un vacío legal en la legislación laboral argentina respecto de las adicciones.

Se trata de un estudio observacional no experimental, descriptivo y seccional transversal, que fue realizado durante los meses de noviembre y diciembre de 2023. El método de recolección de datos fue un cuestionario de elaboración propia que constó de 19 preguntas. Se incluyeron escalas validadas internacionalmente como el DAST 10 (Drug Abuse Screening Test) y el RAPS 4 (Remorse – Amnesia – Perform – Starter).

Los objetivos de la investigación son la descripción de la magnitud de la problemática estudiada en este universo poblacional, las características de las adicciones y la implementación de un programa de concientización, prevención, y orientación.

Para el análisis de los resultados, se dividió a la población en menores de 45 años y 45 años o mayores, ya que se corresponde con la media de edad de esta población. Se halló que la sustancia psicoactiva de consumo más extendido es el alcohol y que afectaría en mayor medida a los menores de 45 años. 28% son fumadores, 12,5% son ex fumadores. El tabaquismo afectó aproximadamente por igual a ambos grupos etarios. Respecto al uso de drogas ilegales, se halló un 6% de consumo. 81% de ellos fueron menores de 45 años.

Palabras clave: Adicciones – alcoholismo – tabaquismo – trabajadores - prevención

Abstract

This work will investigate the prevalence of problematic substance use in workers of an urban hygiene company that carries out its work in the city of Buenos Aires. The author of this research works in the Medical Service of that company and observed that this problem had never been measured.

The characteristics of addictions, psychoactive substances and the current legislation in Argentina regarding drugs, tobacco and alcohol will be studied.

Problematic substance use will be investigated in the context of a legal loophole in Argentine labor legislation regarding addictions.

This is a non-experimental, descriptive and cross-sectional observational study, which was carried out during the months of November and December 2023. The data collection method was a self-developed questionnaire that consisted of 19 questions. Internationally validated scales such as the DAST 10 (Drug Abuse Screening Test) and the RAPS 4 (Remorse – Amnesia – Perform – Starter) were included.

The objectives of the research are the description of the magnitude of the problem studied in this population universe, the characteristics of addictions and the implementation of an awareness, prevention, and orientation program.

For the analysis of the results, the population was divided into those under 45 years of age and 45 years of age or older, since it corresponds to the average age of this population. It was found that the most widely consumed psychoactive substance is alcohol and that it would affect those under 45 years of age to a greater extent. 28% are smokers, 12.5% are ex-smokers. Smoking affected both age groups approximately equally. Regarding the use of illegal drugs, 6% consumption was found. 81% of them were under 45 years of age.

Keywords: Addictions – alcoholism – smoking – workers – prevention

Objetivos

Generales:

Conocer la prevalencia del consumo problemático de sustancias psicoactivas en una población de trabajadores de una empresa de higiene urbana, las características de las adicciones, las sustancias psicoactivas, y la legislación vigente en Argentina respecto a drogas, tabaco y alcohol.

Específicos:

Implementar, en base a la evaluación de los resultados, programas de concientización, prevención y orientación para los trabajadores. Describir la resiliencia, el concepto y los tipos de prevención y, finalmente, la función de los operadores laborales y del Centro de Prevención Laboral.

Marco teórico

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), entre el 20 y el 25% de los accidentes laborales que se producen anualmente a nivel mundial está relacionado con el consumo de drogas y alcohol. El ausentismo entre los consumidores es de dos a tres veces mayores que el del resto de los trabajadores.

Si a estos datos se suma que según datos del Sedronar (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina) (1), la incidencia de los consumos de alcohol y drogas fue más elevada en la población económicamente activa que en la población inactiva, se evidencia que el ámbito laboral está atravesado por el problema de las adicciones. Sin embargo, son pocas las empresas que tienen políticas activas de prevención y contención de los trabajadores con consumos problemáticos.

Según el director del Centro Argentino de Prevención Laboral de Adicciones (Dr. Ernesto González) (2), uno de los ejes del problema es la existencia de un vacío legal en materia de adicciones en el ámbito laboral argentino. Al día de la fecha no se cuenta con una ley específica en la materia.

Existen distintos modelos para abordar esta problemática, que van de los meramente punitivos a los que recomiendan generar protocolos de acción y planes de prevención. Los consumos de drogas impactan en la salud del trabajador y en sus actividades en la organización en que trabaja. Cuando un consumo se vuelve problemático también genera costos a la organización: pueden generarse más inasistencias, disminuir la

productividad, aumentar el riesgo de accidentes de trabajo y deteriorarse los lazos interpersonales

El ámbito laboral resulta un lugar idóneo para desarrollar políticas y acciones de prevención en esta materia, que permitan prevenir este tipo de situaciones dentro del marco de la vigilancia de la salud.

Este trabajo se propone analizar la problemática de la drogadicción en trabajadores de una empresa de higiene urbana de la Ciudad de Buenos Aires, las características de las adicciones, las particularidades de las drogas, los efectos de las mismas, y la legislación vigente en Argentina sobre drogas, tabaquismo y alcohol.

El consumo abusivo de drogas; legales e ilegales, no es un fenómeno nuevo. Se trata de conductas humanas que han acompañado al hombre a lo largo de su historia y evolución, y que vienen motivadas por diversas causas: culturales, sociales y personales. (3)

El trabajo, en cuanto ámbito de convivencia que refleja muchos de los usos y hábitos de la sociedad es uno de los escenarios donde las consecuencias de la drogadicción se hacen patentes. Pero, además, el consumo indebido de drogas en el mundo laboral, provoca riesgos adicionales, generalmente más perceptibles y preocupantes, al poner en peligro la vida e integridad de terceras personas.

De la diversa problemática de las adicciones, es necesario señalar aquellas drogas legalizadas cuyo consumo se encuentra socialmente normalizado y que, precisamente por esta razón, requieren de una consideración especial, como es el caso del alcohol. En relación a las drogas ilegales, merecen una atención especial aquellas cuyo consumo ha experimentado un progresivo aumento, especialmente entre los jóvenes, como la marihuana, la cocaína, el paco y el éxtasis. (3)

Drogadicción (4) es el término que se utiliza para referirse a aquellas sustancias que provocan una alteración del estado de ánimo y son capaces de producir adicción. Este término incluye no solo las sustancias que popularmente son consideradas como drogas por su condición de ilegales, sino también diversos psicofármacos y sustancias de consumo legal como el tabaco, el alcohol o las bebidas que contienen xantinas como el café; además de sustancias de uso doméstico o laboral como las colas, los pegamentos y los disolventes volátiles. No existe “la droga”, sino diversas sustancias, más o menos adictivas, consumidas de distintas formas por personas diferentes, y que pueden dar lugar a variados tipos de situaciones más o menos problemáticas.

El uso (4), es aquel tipo de relación con las drogas en el que, bien por su cantidad, por su frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, no se detectan consecuencias inmediatas sobre el consumidor ni sobre su entorno.

El abuso (4), es aquella forma de relación con las drogas en las que, bien por su cantidad, por su frecuencia y/o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno.

La dependencia es, para la OMS (4) aquella pauta de comportamiento en la que se prioriza el uso de una sustancia psicoactiva frente a otras conductas consideradas antes como más importantes.

La adicción (4) es una alteración de la personalidad que constituye una enfermedad en sí misma. El individuo que sufre esta patología es un enfermo independientemente del objeto de su adicción.

Se puede hacer una clasificación (4) de acuerdo a la frecuencia del consumo de sustancias:

- a. El experimentador es aquel sujeto que hace uso de la droga, llevado por la curiosidad o por la necesidad a los efectos de satisfacer el sentido de pertenencia hacia un determinado grupo.
- b. El ocasional es el individuo que en forma aislada y circunstancial realiza el consumo.
- c. El regular es el individuo que en forma periódica realiza el consumo.
- d. El dependiente es aquel en el que se producen los fenómenos de tolerancia y la compulsión para el consumo.
- e. El adicto es el individuo que presenta los signos y síntomas de necesidad ante la falta de la sustancia, variando la abstinencia física o psíquica, o ambas a la vez, según las características de la droga.

Adicciónología

La etimología de la palabra *adicto* es por demás ilustrativa. Proviene del latín y nos remite a la antigua Roma, donde una persona que había contraído una deuda y no podía pagarla tenía la posibilidad de cubrirla con su libertad. Se entregaba al prestamista para ser vendido como *esclavo*. En 1951, Fouquet definió al alcoholismo como *la pérdida de libertad frente al alcohol*, y el diccionario de la Real Academia Española relaciona adicción con encadenamiento.

Hyman y Nestler en 1991 definieron a las adicciones como *la búsqueda compulsiva del consumo abusivo de sustancias que no tienen utilidad para la salud y se las incorpora a pesar de que la dañan*. (3)

Las sustancias adictivas producen *dependencia*, un estado que por sí mismo no significa *adicción*. Ciertos fármacos antidepresivos inducen una dependencia, que se manifiesta cuando se intenta su discontinuación en forma abrupta, razón por la que se debe interrumpir su consumo en forma lenta y gradual. Tampoco el uso de los antidepresivos se acompaña de una búsqueda compulsiva del fármaco ni de tolerancia (la necesidad gradual o rápida de incrementar las dosis para seguir obteniendo un determinado efecto).

La conceptualización del término adicción, permite comprender por qué se incluyen en este grupo las benzodiacepinas. Si bien son fármacos de indudable valor terapéutico cuando se las utiliza para sus fines prefijados, pasan a la categoría de drogas activas si se las utiliza en forma abusiva, pues ya no tienen utilidad para la salud y se las incorpora a pesar de que dañan, generalmente asociadas al alcohol para obtener el objetivo *efecto droga*. Lo mismo ocurre con los derivados del opio, con las anfetaminas y otros psicoestimulantes. (3)

Nacer, crecer, reproducirse o no y morir es una ley natural que el ser humano nunca aceptó de manera definitiva. Siempre intentó burlarla, y aquellos seres más débiles son los que más tienden a buscar este tipo de solución ilusoria, ya que la química, al modificar la percepción psíquica, permite experimentar vivencias y fantasías hasta el infinito; en cambio, el cuerpo es el límite, o, en otros términos, es la realidad. Por eso el adicto lo niega, lo disocia de la mente, y vive así la ilusión todopoderosa de burlar cualquier límite, pero se condena a la impotencia para manejarse con efectividad en el mundo real en el que le toca vivir. (3)

Cuando en la década de 1960 la epidemia del uso de este tipo de sustancias se expandió por el mundo, la medicina casi no contaba con recursos para abordarla, y diferentes grupos sociales, con la ayuda de la psicología, intentaron hacerlo, en especial a través del desarrollo de la socioterapia, instrumentada en la forma de comunidades terapéuticas como el instrumento asistencial por excelencia. (3)

Pero poco a poco los notables avances en el campo de las neurociencias, gracias al desarrollo de tecnologías que permitieron estudiar el *cerebro viviente* y no a través de autopsias como ocurría unas décadas atrás, comenzaron a producir cambios en la práctica médica. Así, se hizo posible no solo llegar a diagnosticar la repercusión en el

cuerpo humano del uso de estas sustancias, sino también instrumentar medidas terapéuticas mediante la utilización del amplio espectro de recursos aportados por neuropsicofarmacología y la farmacología clínica. (3)

Teniendo en cuenta la amplia diseminación del uso y abuso de sustancias psico-neuro-bio-socio-tóxicas y el rápido incremento de la demanda de atención médica por parte de las poblaciones afectadas, resulta comprensible que en pocos años se fuera desarrollando un campo nuevo de especialización en la medicina: la *adiccionología*.

El plan básico a seguir en el estudio de estos pacientes incluye: (3)

a) Examen clínico exhaustivo.

b) Análisis clínicos:

- Hemograma completo (con eritrosedimentación y coagulograma incluidos)
- Hepatograma completo
- HDL-LDL colesterol
- Fibrinógeno
- Proteína C reactiva cuantitativa
- Homocisteína
- Proteinograma
- Orina completa
- Proteinograma
- Orina completa
- Glucemia
- Uremia
- Creatinina
- HIV y otras enfermedades venéreas

c) Examen neurológico

d) Electroencefalograma o mapeo cerebral

e) Electrocardiograma y control cardiológico

El desarrollo de la *adiccionología* ha facilitado de manera notoria el *abordaje de la disociación cuerpo-mente*, lo que ha hecho posible acelerar el proceso de toma de conciencia de la enfermedad por parte de estos pacientes negadores por definición, ya que las sustancias de las que abusan refuerzan químicamente los mecanismos de negación psíquica, induciendo el consumo abusivo a pesar de que dañan la salud y ponen en riesgo la vida. (3)

Actualmente continúa la discusión sobre si la drogadicción constituye un cuadro clínico en sí mismo o si son síntomas de otras patologías.

El autor Francisco Mele (3) trata de describir el fenómeno de las drogadependencias basándose en la teoría que tiene en cuenta al individuo, a la familia y a las organizaciones (formales e informales) con quien convive dicho individuo, es decir la escuela y el grupo de amigos. Esta hipótesis se basa en que la dependencia patológica es el efecto de una exasperada competición social, en el cual, ni la familia ni la escuela logran proteger a los jóvenes del efecto de una sociedad tan acelerada y globalizada, tan injusta y contradictoria.

Otros autores han tratado sobre el tema desde distintos aspectos: (3)

Michael Rutter ha desarrollado el término resiliencia, la capacidad de recuperación psicosocial y los mecanismos de protección. Rutter tiene un enfoque psicobiológico sobre el tema. Hace alusión a la interacción permanente entre las personas y el medio ambiente siendo los propios individuos los que tienen un papel protagónico con respecto a lo que les sucede. Es decir, para el autor la resiliencia trata de cómo las distintas personas pueden resolver o “sortear” las dificultades o estímulos estresantes transformándolos en algo positivo, posibilitándolas de tener una vida sana, aun desarrollándose en un medio insano. De hecho, hay personas que, si bien nacen y/o viven en situaciones de riesgo constante, se desarrollan psicológica y socialmente exitosos, por ejemplo, la circunstancia de nacer en la pobreza por sí sola no es indicativa de sufrir conductas desadaptativas posteriores. Pero esta capacidad de adaptarse es un proceso dinámico ya que es el resultado de una interacción constante entre atributos de la persona, ambiente familiar, social y cultural. Rutter da por invalidado el concepto de “invulnerabilidad” de los niños (aquellos que eran fuertes y no se doblegaban ante situaciones de estrés o adversidades) y lo fundamenta afirmando que la resistencia que un niño o una persona tiene ante el estrés es relativa, no absoluta, ya que va variando con el tiempo según los distintos estímulos y etapa madurativa del niño o la persona. Definió a su vez el concepto de “mecanismos protectores” como la capacidad que tienen los sujetos de modificar sus respuestas ante situaciones de riesgo y capitalizar ese aprendizaje para poder emplearlo ante futuros factores estresantes. Es decir, un factor protector se da cuando situaciones producen un cambio en la respuesta de una persona, mejorándola, para que, si bien estén en una situación de peligro con riesgo a tener una respuesta desadaptativa, modifiquen el resultado, logrando fortalecer al individuo frente a eventos similares.

Radke-Yarrow, Marian y Sherman, Tracy han escrito sobre lo difícil del crecimiento de niños con adversidades psicosociales. Según estas autoras, al revisar el concepto teórico de vulnerabilidad deben destacarse dos aspectos importantes. El primero consiste en entender el concepto semántico en sí mismo de esta palabra, pudiéndose entender como un fenómeno tangible y sensible de producir un estrés tal que ocasione conductas adaptativas. Al mismo tiempo este concepto hace referencia a una variabilidad del comportamiento que oscila entre una adaptación menos o más exitosa al estrés. El segundo aspecto está relacionado con el significado de otros dos conceptos importantes: riesgo y factores protectores, planteándose si estos deben ser considerados universales, o si dependen de las características de cada persona, es decir, que ante un mismo factor estresante, la respuesta al mismo va a depender de las capacidades emocionales y cognitivas de cada individuo, por lo tanto es imprescindible, para poder comprender los factores y/o procesos que protegen o aumentan la vulnerabilidad de una persona, poder conocer en profundidad las características, necesidades y entorno social de la misma. (3)

Eduardo Kalina ha publicado sobre el tema referente a la familia del adicto, la adolescencia y la drogadicción. Considera adolescentes frágiles a aquellos que han sufrido grandes frustraciones que consecuentemente dañaron su "YO" e imposibilitaron de ese modo su buen funcionamiento. Son adolescentes que tienen muchas dificultades para enfrentar situaciones desfavorables, para reconocer y aceptar sus limitaciones, respondiendo introspectivamente cuando se hallan ante este tipo de circunstancias. Se refugian en su interior, pero es precisamente su interioridad la que se encuentra dañada, sin recursos para poder sobrellevar esas crisis. La ausencia de dichos recursos se debe a una falla en las relaciones parentales, filiales y amorosas. Todo esto los lleva a una desilusión, a no encontrar sentido ni razón para seguir viviendo y los vuelve más susceptibles o vulnerables a caer en "sustancias mágicas" que puedan brindarle las ilusiones inexistentes y anheladas. (3)

El Dr. Roberto Baistrocchi (5) refiere como posibles causales que generan un adicto, por un lado, la predisposición genética y por el otro un desencadenante psico-socio-familiar. No es adicto el que quiere, sino quien puede serlo. Es decir, que se necesita una constitución genética alterada para poder serlo y un entorno socio-familiar desfavorable que gatille dicha alteración.

Aspecto crimonogénico de las adicciones

Es indudable que el delito o el crimen no se halla condicionado por el consumo de sustancias psicoactivas, sin embargo, se debe tener ciertas consideraciones.

La exaltación afectiva, que muchas veces es condicionada por el consumo de sustancias, puede obrar como deshinibidor de los controles de impulsos, y bruscamente convertir una respuesta conductual a un estímulo pequeño en desproporcionada y violenta. (6)

Los efectos concausales que pueden hallarse en el condicionamiento del delito a expensas del uso de sustancias, son los factores sociales y culturales que rodean a la drogadependencia. Los factores de marginalidad y de aislamiento que toman como condición de vida los adictos podrán estar condicionados por la real dependencia a las drogas o las consecuencias psíquicas de su consumo crónico.

De acuerdo a las tendencias estadísticas, en las últimas décadas ha aumentado la cantidad de delitos registrados, y recientes estudios marcan un incremento en el consumo de estupefacientes. (7)

Frente a estos indicadores, como primer paso para el análisis es importante señalar que no se trata de fenómenos que se manifiestan exclusivamente en nuestro país, lo que ofrece una perspectiva de interpretación más amplia y compleja a la hora de pensar caminos de abordaje. Un segundo paso en el análisis obliga a preguntarse sobre la relación entre estos dos indicadores. (7)

Sustancias psicoactivas:

Se clasifican en:

Drogas depresoras o Psicolépticas:

- Alcohol: El mecanismo de producción de los efectos depresores a nivel central se explica porque el alcohol, que atraviesa la barrera hemato-encefálica, compete con la glucosa por el oxígeno, desplazándola y quitándole a la neurona su combustible natural. Como consecuencia, la neurona comienza a perder su capacidad de excitabilidad y se produce la disminución de sus funciones. Se describen dos acciones: una depresora (responsable de la inhibición central que termina con el paro respiratorio y muerte en la intoxicación aguda) y otra irritante que produce la mayoría o todas las lesiones agudas y crónicas.

- Tolueno: El tolueno y el xileno son compuestos potentes que se encuentran en muchas sustancias de uso industrial y doméstico. Es una droga barata y muy adictiva. La intoxicación con tolueno y xileno pueden ocurrir al ingerir estas sustancias, inhalar sus vapores o cuando entran en contacto con la piel.
- Opiáceos: Hay dos grupos: fenantrénicos (morfina, codeína, tebaína) y bencilisoquinolínicos (norceína, noscapina, papaverina). La morfina, junto con la codeína y la tebaína conforman el grupo de los derivados fenantrénicos del opio (únicos que poseen actividad analgésica y adictógena) mientras que los bencilisoquinolínicos (Narceína, Noscapina y Papaverina) solo poseen acción relajante del músculo liso y no poseen acción adictógena. Son depresores del sistema nervioso central, alterando el sistema motor y su coordinación. Una sobredosis de cualquier narcótico ocasiona confusión, delirio, pérdida de fluidez verbal, estado de coma y muerte.
- Benzodiacepinas: Es utilización principalmente como reductor o eliminador de ansiedad (ansiolítico), también como hipnótico, relajante muscular y anticonvulsivo. Existen numerosas benzodiacepinas con perfiles terapéuticos distintos según sus características farmacocinéticas.

Estimulantes o Psicoanalépticos:

- Cocaína-Paco-Bazuco-Crack: Son alcaloides extraídos de la hoja de la *Erythroxylon coca* (coca). Se trata de estimulantes del sistema nervioso central que provocan euforia, hipertensión, taquicardia, y, a altas dosis, alucinaciones. La cocaína se puede esnifar (aspirar), inyectar o fumar. De la hoja de coca se extrae una pasta denominada pasta base, de cuya depuración se obtiene el clorhidrato. La pasta base es mucho más tóxica (por poseer otros alcaloides tanto o más tóxicos que la cocaína). La vía de administración es a través de aspiración. El clorhidrato, puede administrarse por vía digestiva, inyectable o pulmonar. En todos los casos, la mezcla con bicarbonato de sodio (sustancia alcalina), mejora la absorción.
- Anfetamina: Estas sustancias son derivadas de la efedrina y poseen una acción simpaticomimética, estimulando la liberación del neurotransmisor (noradrenalina/adrenalina). Tienen una acción psicoestimulante, vasoconstrictora general, hipertensora, taquicardizante, anorexígena, e hiperglucemiante indirecta.

- Marihuana: Este alcaloide se extrae de una planta de la familia de las moráceas, cuyo nombre es *cannabis sativa*. Se describen aproximadamente 40 alcaloides. Sin embargo, el que posee la principal acción alucinatoria es el delta 9 trans tetrahidrocannabinol (THC). Los otros alcaloides importantes son el cannabinol (CBN), el cannabidiol (CBD), el cannabicromeno (CBC) y el cannabigerol (CBG) que también poseen acción alucinatoria, pero mucho menor.

Alucinógenos o Psicodislépticos:

- Dietilamida del ácido lisérgico (LSD), Peyote, Cucumelo, Psilocibina: Producen alteraciones severas de la percepción, embotamiento de la razón, pérdida de la comprensión y de la memoria.

Psicopatología de los adictos

No existe una estructura psíquica que se puede definir como adicto. (3) Por norma general, son enfermos psiquiátricos que, a su psicopatología, agregan la adicción. Kenneth Kennisberg de Harvard diferencia al experimentador o consumidor ocasional (*taster*), del abusador (*seeker*) y al adicto (*head*). Este último es considerado como aquel que ya se introdujo en la cultura de la droga y su vida está enajenada en esa forma de vivir que los Dres. Kalina y Marchioni (3) definen como *haber adoptado un proyecto de muerte*, razón por la cual curarse significa *lograr desenvolver un proyecto de vida*. Para lograr intentar este objetivo, se requiere un complejo proceso terapéutico capaz de ayudar al paciente a salir de su trágica resignación a seguir el camino de la muerte. Los adictos, por norma general, ya se han entregado y maníacamente tienden a glorificar su patología. (3)

En la psicopatología de las adicciones, encontramos un tipo de funcionamiento mental que corresponde al *narcicismo*, es decir una imposibilidad creciente de reconocer al otro como otro. Suelen centrarse en sí mismos y en sus grupos. Se encuentran en un estado que se ha bautizado como *stone* (piedra). Cualquiera que sea la estructura de la personalidad del individuo que se vuelve adicto gradual o insidiosamente, desarrolla un tipo de pensamiento respecto de todo lo referente a la droga, que llega a adquirir todas las características de un *sistema delirante*; y, al igual que en todos los delirios, no rige la lógica en la articulación del pensamiento, invalidando la realidad externa y la posibilidad de modificar sus ideas a través de la experiencia. El individuo no tiene

conciencia de la enfermedad o solo la tiene de forma parcial, y vive de acuerdo con estas ideas delirantes, al principio con cierta egodistonia y luego sintomáticamente. Durante el proceso diagnóstico ya sea con el paciente internado o en un régimen ambulatorio, se debe proceder a la desintoxicación para poder llegar a una evaluación adecuada y luego establecer un plan terapéutico en función de dicho diagnóstico, que siempre debe incluir al componente socio-educacional del paciente, y sus posibilidades pronósticas, tanto en el área terapéutica como en sus potenciales vitales. Los notables avances en el campo de la neurobiología y de la farmacología han permitido que el temido y mítico *síndrome de abstinencia*, que apenas unos años atrás aterrizaría a los adictos de tal manera *que preferían los sufrimientos de la enfermedad a las inimaginables torturas de la abstinencia*, haya pasado a ser un componente abordable, ya sea en condiciones ambulatorias o de internación, con poco sufrimiento por parte del paciente.

Debe tenerse presente que la mayoría de los adictos, en mayor medida los más jóvenes y de clase social baja, son politoxicómanos, lo que complica su abordaje por las interacciones entre diversas sustancias. Por esta razón, es necesario el abordaje interdisciplinario ante la complejidad de las complicaciones médicas. Para los Dres. Eduardo Kalina y Flavia Marchioni, especialistas en adicciones, la recuperación del adicto debe tener como objetivo abstenerse del consumo tanto de drogas ilegales como legales, incluido el alcohol y el tabaco. Un plan racional de medicamentos, psicoterapia individual, familiar y comunitaria son los recursos esenciales para establecer y mantener estos objetivos. (3)

Es importante, en este punto, definir vulnerabilidad social como una situación dinámica y compleja que no se reduce a la mera carencia de recursos, de por sí muy grave, sino que alude a una posición en la que resulta extremadamente dificultoso el acceso a los bienes y servicios de la sociedad por partes de amplios sectores de la población. (7)

Las sustancias psico-neuro-bio-socio-tóxicas.

En primer término, se debe tener presente que, así como existen enfermos y no sólo enfermedades, también existen drogas y personas que las consumen, y los resultados de estas interrelaciones son infinitamente variables. No todos los pacientes reaccionan igual ante la misma cantidad de una determinada droga, y se encuentran diferencias, muchas veces notables, entre hombres y mujeres, y niños y adultos. (3)

Cocaína:

La gama de productos que se ofrecen para el consumo de cocaína transita entre dos polos: en uno, las hojas de coca que se mastican mediante un monótono ritmo rumiante denominado *coqueo*, cuyos principios activos tardan de 18 a 20 minutos en llegar al cerebro; y en el otro, el *crack*, una cocaína altamente intensificada e impura, fumable, que llega al cerebro en 6 a 8 segundos, es el producto de la mezcla de clorhidrato de cocaína con bicarbonato de sodio, hervidos a altas temperaturas con agua, y que por norma general contiene otros contaminantes. (3)

Entre esos extremos se encuentra la *pasta base de cocaína*, también fumable, mezclada con tabaco o marihuana. Esta variedad, es más barata e impura; suele tener un 36% de sulfato de cocaína y el resto es amoníaco, ácido sulfúrico y querosén. En cambio, la *free base o cocaína de base libre* es una variante intensificada que resulta del procesamiento mediante éter del clorhidrato de cocaína. También llega al cerebro 6 a 8 segundos después de ser fumada. El clorhidrato de cocaína comienza su acción sobre el sistema nervioso central 3 minutos después de inhalado y 14 segundos después de ser inyectado por vía endovenosa. (3)

Es necesario tener presente que en la actualidad no es habitual encontrar consumidores de cocaína como droga única. La norma es la politoxicomanía. Las combinaciones más frecuentes son con tabaco, alcohol, cafeína, marihuana, benzodiazepinas, y opiáceos. Suben con cocaína y bajan con heroína, práctica que se conoce como *speed-bolling*.

La cocaína bloquea en los niveles presinápticos la recaptación de catecolaminas: dopamina, noradrenalina y serotonina. El exceso de neurotransmisores en la brecha sináptica, fundamentalmente catecolaminas, a disposición de los receptores postsinápticos es responsable de la sensación de grandiosidad, euforia, placer, excitación sexual, etc. La recaptura de neurotransmisores es un mecanismo de ahorro fundamental para mantener la homeostasis y capacitar a las neuronas para responder con celeridad a las nuevas exigencias. Pero el sistema se bloquea y luego se deteriora por lesiones microvasculares y macrovasculares; esto produce reacciones patológicas que se manifiestan como estados paranoicos que pueden llegar a niveles psicóticos y depresiones graves o incluso suicidas. La no recaptura de neurotransmisores es responsable de reacciones neurovegetativas: aumento de la temperatura, sudoraciones o taquipnea, entre otras. En 1986, a partir de los estudios de Volkow, Fowler y colaboradores, se descubrió que la cocaína produce serias lesiones micro y macrovasculares que culminan en microinfartos o macroinfartos, con predominio de los

de la región del cerebro frontal, detectables por las distintas modalidades de estudios por imágenes disponibles: PET, SPECT, RM cerebral, entre otras. El cuadro resultante se caracteriza por la pérdida de control de impulsos, severo déficit en la capacidad anticipatoria, anulación de la voluntad, déficit de memoria y atención, tendencia a conductas amorales y delictivas, etc. Este proceso de degradación personal fue ilustrado autobiográficamente por Robert Stevenson, en su clásico libro *El extraño caso del Dr. Jeckyll y Mr. Hyde*. Stevenson era cocainómano y murió a los 44 años por causa de esta droga. A nivel de las arterias coronarias se manifiestan lesiones similares que comienzan con microlesiones endoteliales y que son más graves en los consumidores que ya presentan daños por aterosclerosis. Las repercusiones cardíacas son mayores y más graves si se la consume con alcohol, por la formación de *cocaetileno*, debido a los niveles tóxicos de catecolaminas, principalmente noradrenalina que, al actuar en el nivel de la red vascular, ocasiona hipertensión, vasculitis, microinfartos y macroinfartos, arritmias y muerte súbita. El efecto anorexígeno, que resulta de la acción de la cocaína sobre el hipotálamo, es otro de los fenómenos que ocurren de forma simultánea. (3)

Se ponen en marcha los circuitos de los centros de recompensa de placer en el cerebro, así como la búsqueda incesante de esas sensaciones, sin que pueda alcanzarse el aprendizaje acerca de la imposibilidad de perpetuarlos. Por lo tanto, se crea un tipo especial de adicción que se manifiesta como angustia, depresión, y violencia. El adicto no aprende de la experiencia y repite compulsivamente las mismas conductas, incluso hasta llegar a la muerte. Se altera gradualmente el ciclo sueño vigilia debido a la disfunción de neurotransmisores y a las lesiones de los centros nerviosos. Para dormir, el cocainómano suele recurrir a sustancias que también generan dependencia y que son potencialmente neurotóxicas, como las benzodiacepinas, asociadas o no a marihuana o alcohol. El déficit del sueño anula el período delta (etapas II y IV del período NO REM), fundamental para la estimulación de la hormona del crecimiento, y así se compromete la inmunidad. Todos los caminos conducen rápida o gradualmente a una severa descompensación global de la persona abusadora. (3)

Se crea una neurosensibilidad, producto de una neuroadaptación en ciertas regiones del cerebro, como el núcleo acumbens o el área tegmental ventral, entre otras. Incluso años después de haber dejado de consumir cocaína, ante el uso de pequeñas dosis de cualquier sustancia psico-neuro-bio-socio-tóxica, y fundamentalmente con el alcohol, se activa la neurosensibilidad y el individuo requiere otra vez cocaína.

La tolerancia invertida es una reacción inesperada para el abusivo. A medida que va transcurriendo el tiempo, en lugar de requerir más cantidad de droga para lograr iguales efectos (tolerancia), con menor cantidad de droga se manifiestan efectos adversos, con los malestares psicofísicos correspondientes. Existe entre un 60% y un 80% de consumo problemático de alcohol entre los adictos a la cocaína.

Se conoce como *paco* (5) a una droga de bajo costo elaborada a partir de los residuos de la cocaína (pasta base de cocaína). Es procesada con kerosene y ácido sulfúrico (ocasionalmente se utiliza cloroformo, éter o carbonato de potasio). Su consumo es generalmente por vía respiratoria, fumándose en pipas (generalmente caseras) o asociado a marihuana en forma de cigarro (marciano, bazuco, nevado). Debido a su composición química, es altamente tóxica y adictiva. Al ser un desecho químico de bajo costo se popularizó dentro de los jóvenes de clase baja, pero en los últimos tiempos su consumo no discrimina situación socio-económica. A los adictos de esta droga se los conoce popularmente por su apariencia física como “muertos vivos”.

Dado que el *paco* se fuma, ingresa rápidamente al torrente sanguíneo, produciendo al individuo una sensación de euforia, pánico, insomnio y la necesidad de buscar residuos de crack en cualquier parte; este efecto es conocido vulgarmente como *el mal de pollo* o *puntosis* y se puede presentar en menos de diez segundos a partir de haber consumido la droga. Debido a la rapidez de los efectos, casi inmediatos, el “crack” o “paco” se hizo muy popular en la década de los 80. Otra razón para su popularidad es que no cuesta mucho, económicamente hablando, procesarlo ni adquirirlo. Sus efectos secundarios son muy similares a los de la cocaína, solamente que el riesgo de padecer alguno de ellos es mucho más alto por las mezclas de químicos y otras sustancias que contiene el *paco*. (5)

Tabla 1. Etapas al momento del consumo. Los efectos que produce el consumo de pasta base se puede dividir en cuatro etapas.

<p>1. Etapa de euforia</p> <ul style="list-style-type: none">- Euforia- Disminución de inhibiciones.- Sensación de placer.- Éxtasis- Intensificación del estado de ánimo- Cambios en los niveles de atención.
--

- Hiperexcitabilidad
- Sensación de ser muy competente y capaz
- Aceleración de los procesos de pensamiento
- Disminución del hambre, el sueño y la fatiga
- Aumento de la presión sanguínea, la temperatura corporal y el ritmo respiratorio.

2. Etapa de disforia

- Sensación de angustia, depresión e inseguridad.
- Deseo incontenible de seguir fumando.
- Tristeza
- Apatía
- Indiferencia sexual.

3. Etapa en que la persona empieza a consumir interrumpidamente cuando aún tiene dosis en la sangre para evitar la disforia.

4. Etapa de psicosis y alucinaciones. El consumo puede provocar psicosis o pérdida del contacto con la realidad, la que puede darse después de varios días o semanas de fumar con frecuencia y durar semanas o meses. Las alucinaciones pueden ser visuales, auditivas, olfatorias o cutáneas.

Otros efectos físicos que se pueden observar por el consumo de pasta base de cocaína son:

- Pérdida de peso.
- Palidez.
- Taquicardia
- Insomnio
- Verborrea
- Midriasis
- Náuseas y/o vómitos
- Sequedad de boca
- Temblor
- Hipertensión arterial
- Falta de coordinación
- Dolor de cabeza

- Mareos
- Picazón

La euforia que siente el usuario al ingerir una dosis dura de 1 a 5 minutos, dependiendo de la cantidad y la calidad de la droga. Considerando lo anterior y la adicción a la misma, cuando un consumidor empieza fumando una dosis, generalmente sigue hasta que se le agotan sus recursos, volviendo repetidamente a la *boca de venta* a buscar más, cegado por las ansias de volver a fumar. (5)

Durante la euforia, la persona parece atontada, se queda sin habla y se le abren los ojos más de lo normal. Luego de esta euforia pasajera, todo lo demás es disforia y adicción. O, como se dice popularmente, *fisura* o *estar doblado, quebrado*. La persona se vuelve seria y su único interés es seguir fumando a cualquier costo.

Los consumidores frecuentes de paco, especialmente aquellos con escasos recursos económicos, suelen cometer delitos, prostituirse o vender sus pertenencias (hasta las más básicas) para obtener más de esta droga. (5)

El consumo de paco se realiza a través de pipas caseras (latas agujereadas, antenas de televisión, etc.) donde se mezcla el producto con viruta de metal y ceniza de cigarrillo de tabaco o virulana metálica a modo de filtro.

El gobierno de la provincia de Buenos Aires indicó que el consumo intenso de paco puede producir muerte cerebral en al menos 6 meses.

El adicto al paco puede fumar por día un promedio de 10 a 15 cigarrillos.

Efectos secundarios:

- El ácido sulfúrico en el compuesto produce enfisema y cáncer pulmonar.
- El kerosene disuelve el recubrimiento mielítico de los axones, impidiendo la transmisión de los impulsos eléctricos en las neuronas. A su vez, la combustión del kerosene genera monóxido de carbono, el cual sustituye al oxígeno en los eritrocitos.
- Expectoración de sangre o mucosa sanguinolenta del tracto respiratorio.
- Su consumo durante el embarazo produce mutaciones severas en el feto.
- Degradación progresiva de la piel.
- Debilitamiento de los músculos.

- Reducción acelerada del peso corporal (a veces anorexia).
- Desgano e insomnio.
- Midriasis.
- Náuseas y vómitos.
- Hipertensión arterial.
- Migraña severa.
- Taquicardia.
- Frecuentemente produce ulceraciones en los labios y la cavidad bucal.
- Comportamiento errático y violento.

Opiáceos:

El término opiáceo incluye, entre otras, a la morfina, el láudano, la codeína, la heroína, la metadona, el fentanilo, y el propoxifeno. (3)

La morfina es un poderoso analgésico, utilizado en general, para combatir dolores severos y crónicos. Hasta hace pocos años, gran parte de los morfinómanos adquirían su dependencia durante un tratamiento prolongado con esta sustancia. Esto se llamaba habituación por inducción. Pero también es utilizada por los heroínómanos como sustituto, o cuando les resulta imposible obtener su droga. El síndrome de abstinencia de la morfina tal vez sea uno de los más graves y penosos: se manifiesta con ansiedad, inquietud, dolores corporales generalizados, insomnio, sudoración, náuseas, vómitos, diarrea, fiebre, aumento de la frecuencia respiratoria y de la presión, convulsiones, y reacciones de intensa agresividad contra sí y contra otros. (3)

La heroína, derivado de la morfina, es la droga que, quizá produzca la dependencia más fuerte; su potencia es dos veces mayor que la de la morfina y el síndrome de abstinencia es igual o de mayor intensidad. En general, las primeras experiencias son hechas a través de la inhalación, un método que crea dependencia. La segunda etapa es la de la inyección subcutánea, y la tercera, es la intravenosa. Su efecto se hace evidente de 1 a 5 minutos luego de ser inyectada por vía intravenosa o fumada y 5 minutos luego de una administración nasal o intramuscular. (3)

Las adulteraciones de la heroína, la falta de asepsia en las agujas empleadas y el compartir las jeringas son las causas más habituales de serias complicaciones médicas, sumadas a los efectos altamente nocivos de la droga. En el País Vasco, España, en 1984 se registraron numerosos casos de ceguera como consecuencia de una complicación por *Candida Albicans*, un hongo introducido en el organismo por la inyección de heroína. Actualmente, el contagio de HIV y hepatitis son las consecuencias más descritas. Entre las complicaciones médicas asociadas al consumo de estas drogas, se encuentran los problemas cardíacos (miocarditis, arritmias, etc.) y pulmonares (edemas, microinfartos, neumonía, tuberculosis, etc.), hepáticos (hepatitis, cirrosis), irregularidades menstruales, lesiones neurológicas, constipación o diarrea, pancreatitis y síndrome de inmunodeficiencia adquirida. En la actualidad, y en la medida en que se fueron clonando los receptores específicos: delta, mu y kappa, y se desarrollaron medicinas antagonistas, como la naloxona, clorhidrato de naltrexona, L-alfa-acetilmefadol y otras que bloquean en forma total pero reversible los mencionados receptores, se han abierto nuevos caminos tanto para el control de los síntomas de la abstinencia como para la deshabituación y posterior reinserción social del adicto a opiáceos. La buprenorfina, otro agonista opiáceo, se utiliza para tratamientos ambulatorios. La naltrexona endovenosa controla el síndrome de abstinencia en 24 a 48 hs. (3)

En la actualidad, se indican los tratamientos comunitarios, así como las psicoterapias individuales, grupales, familiares y la psicoeducación, como complementos necesarios del proceso de deshabituación y reinserción social. Como en toda adicción, la indicación debe ser el tratamiento de abordaje múltiple e interdisciplinario, porque es una enfermedad de etiologías múltiples y debe ser abordada en función de esta complejidad.

Marihuana:

El 9-THC (delta-9-tetrahidrocannabinol, principio activo que tiene un papel central entre los más de 60 cannabinoides conocidos) es fumado, rápidamente se absorbe, y sus efectos aparecen en minutos. La vida media del compuesto es de cerca de 30 horas. (3)

Entre sus efectos se encuentran la disminución de la presión arterial, el enrojecimiento de las conjuntivas, el decrecimiento de la presión intraocular, la depresión respiratoria, la interferencia con el sistema inmunitario, trastornos de la memoria inmediata, de la

coordinación motora, de la habilidad cognitiva, disfunciones en la percepción de estímulos, euforia, taquicardia, fotofobia, decrecimiento de la síntesis de ADN, ARN, y proteínas, cambios estructurales en la sinapsis, destrucción del retículo endoplásmico, anomalías cromosómicas, anomalías en los espermatozoides, disminución del deseo sexual, inhibición de la ovulación, reducción de la liberación de la hormona luteinizante, irritabilidad aumentada, pérdida del apetito, náuseas, vómitos, estados delirantes, paranoias o manías agudas, alucinaciones auditivas, incoherencia del discurso, estados depresivos, etc. (3)

La psicosis paranoicas asociadas a marihuana se caracterizan por conductas bizarras, violencia y pánico, y se reporta un fenómeno conocido como *flashback* en el cual el sujeto vuelve a experimentar los efectos inducidos por el fármaco sin que lo haya ingerido. (3)

Otra consecuencia reconocida hace más de cuatro décadas es el *síndrome amotivacional*, que se atribuyen a daños en el nivel prefrontal que ocasiona el consumo de marihuana, que resulta mucho más grave cuando la adicción se presenta en comorbilidad con patologías esquizofrénicas, pues el síndrome se confunde con los síntomas negativos que caracterizan a estas enfermedades, y en consecuencia el tratamiento se vuelve mucho más complejo. (3)

También se reportan alteraciones del sueño de ondas lentas (NREM) y un decrecimiento de la fase de sueño de movimientos oculares rápidos (REM).

Otro de los efectos asociados al consumo de marihuana es la carcinogénesis, papilomas y cáncer de cabeza y cuello.

Comparado con fumar tabaco, el examen histológico de las biopsias de los pulmones muestra una mayor desorganización celular en fumadores de marihuana que en los de tabaco. La relación entre fumar marihuana y el desarrollo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el cáncer, es clara. (3)

Anfetaminas:

Estas sustancias son derivadas de la efedrina y poseen una acción simpático- mimética, es decir estimulante del sistema nervioso simpático, indirecta, es decir que actúan estimulando la liberación del neurotransmisor (noradrenalina / adrenalina). Tienen una acción psicoestimulante, vasoconstrictora general, hipertensora, taquicardizante, anorexígena, hiperglucemiante indirecta. (5)

La dependencia se describe para todos los derivados del grupo y posee características particulares por lo que se habla de dependencia anfetamínica. Los efectos que producen, además de los descriptos son midriasis, euforia, disminución subjetiva del cansancio, aumento (aunque ineficaz) de la actividad motora, insomnio y disminución del rendimiento mental.

En la actualidad los derivados más utilizados con fines adictógenos son: MDA (metilendioxianfetamina, DMT (dimetiltriptamina), MDMA (metoxi-Metilendioxianfetamina, Extasis"), TMA (Trimetoxianfetamina), DOM (Dimetoxianfetamina), etc. A diferencia de las denominadas tradicionales, éstas, producen además fenómenos alucinatorios a dosis muy bajas. Debemos separar de este grupo al metilamino -1-propano (metanfetamina) conocida como ice (hielo) que posee la particularidad de que la vía de administración es a través de la aspiración (fumata), con lo cual se absorbe a nivel pulmonar (no digestivo como las otras) y se obtiene una mayor concentración a nivel del SNC y más rápido efecto. No produce el efecto explosivo de las demás, lo cual hace que se consuma en forma rápidamente progresiva, y cuando el individuo toma conciencia, ya está literalmente *pegado* a la droga. Los efectos adversos más importantes, además de los descriptos para el grupo, son estrechamiento de los vasos pulmonares y cerebrales, con las consecuencias clínicas correspondientes (5).

El éxtasis (metilendioxianfetamina) es el nombre narcocomercial de una metanfetamina. Las metanfetaminas son más de 60 productos que conforman una nueva línea de drogas psico-neuro-bio-socio-tóxicas. (3) Su auge en los últimos años se debe a varias razones: facilidad para fabricarlas, no requieren plantaciones ni traslados costosos, se las procesa en laboratorios caseros, se las diseña mediante computadoras (drogas de diseño), se puede distribuir o trasladar en frascos como si se tratara de un medicamento, y su precio de venta es bajo en relación con otras sustancias.

El éxtasis induce un estado maníaco. Se la ha llamado la droga entactógena, pues favorece el contacto y la empatía. El estado maníaco induce hiperactividad física que genera hipertermia y lleva a la necesidad de tomar agua en gran cantidad. A nivel del SNC, el éxtasis actúa sobre las fibras serotoninérgicas principalmente, y sobre las dopaminérgicas secundariamente, destruyéndolas. Por esta razón se asocian a la posibilidad de padecer severas depresiones a futuro. Afecta la zona del hipocampo, dañando severamente la memoria. (3)

LSD

El LSD o dietilamina del ácido lisérgico pertenece al grupo de los alucinógenos. Este término significa productor de alucinaciones. El término que se usa en la actualidad es el de fenómeno ilusorio. Lo que se observa luego del consumo generalmente tiene que ver con alteraciones de la conciencia, sedación, excesiva estimulación y trastornos en la memoria. (3)

El LSD fue descubierto en 1943 por Albert Hofmann. En 1950 se lo usó para el tratamiento del alcoholismo, para la adicción a opioides, en las psiconeurosis y para tratamientos de disfunciones sexuales, pero hoy en día no se le reconoce ningún uso médico. Se elabora a partir del ácido lisérgico, sustancia encontrada en un hongo que crece en el centeno y otros cereales, y es uno de los químicos más potentes en lo que hace a provocar distorsiones en el pensamiento, en el humor y en las percepciones. Es 3000 veces más potente que la mescalina. (3)

Las dosis contienen entre 10 y 300 microgramos cada una y tienen diferentes nombres comerciales. Esta droga ejerce su acción en el diencéfalo, en el sistema límbico, en la formación reticular y en los núcleos del sistema nervioso vegetativo. (5)

Se lo conoce comúnmente con el nombre de ácido o pepa y es vendido en tabletas, cápsulas, en trozos de papel secante impregnados con la sustancia, y en ocasiones, en forma líquida. Se absorbe con rapidez por vía gastrointestinal y sus efectos son bastante impredecibles. Comienza a manifestarse entre los 30 y los 90 minutos de ingerida la droga. El LSD produce una significativa actividad autonómica. Dentro de los efectos físicos que se advierten podemos citar: dilatación de las pupilas, aumento de la temperatura corporal, sudoración, pérdida del apetito, temblores, aumento de la presión y frecuencia cardíaca. (3)

Dentro de los efectos psicológicos podemos decir que el consumidor pasa de una emoción a otra con mucha facilidad y el humor se presenta muy lábil. Se podría decir que la euforia es la emoción más característica en bajas dosis, pero a medida que la dosis aumenta, el nerviosismo y la ansiedad también se incrementan. Cuando el nivel de consumo supera los 100 microgramos, empiezan a aparecer alucinaciones, en particular, visuales, alteraciones de la percepción, etc. (3)

Ocurren cambios en relación con la noción del tiempo y de sí mismo. Se tiene la sensación de escuchar colores y ver sonidos y se pueden percibir alteraciones en los sentidos del gusto el olfato.(3)

Todos estos cambios pueden producir sensaciones de temor y pánico, incluso algunas personas experimentan pensamientos y sensaciones de pérdida de control, temor de muerte, desesperación, despersonalización, etc. Todos estos efectos pueden durar hasta 10 y 12 horas por dosis. (3)

Los malos viajes (*bad trips*) se acompañan de estados de ansiedad muy intensa, depresiones angustiantes y a veces de violenta ideación suicida, que tiende a concretarse en la acción. (3)

Muchos usuarios de LSD experimentan *flashbacks*, esto ocurre de repente, luego de varios días de estar sin consumir, incluso hasta más de un año después. Esto puede ocurrir en personas que incorporan alucinógenos en forma crónica, en personas con algún trastorno de la personalidad o simplemente en consumidores casuales de esta droga, y los desencadenantes pueden ser: estrés, fatiga, estados de ansiedad, fármacos neurolépticos y sobre todo marihuana. (3)

Los usuarios de esta droga pueden, también, manifestar psicosis tóxica, depresión severa, esquizofrenia o brotes maníacos, entre otros trastornos. (5) Al igual que otras drogas psico-neuro-bio-socio-tóxica, el LSD produce tolerancia, es decir que los consumidores necesitan aumentar la dosis para producir el mismo efecto. (3)

Peyote

Sustancia química que en su parte central contiene mezcalina. Se lo corta en rodajas y se seca hasta formar un botón mezcal que se mantiene en la boca hasta que se agranda y luego se traga, o se utiliza como té. Se puede obtener sintéticamente también en cápsulas o en tabletas. (5)

Efectos: a la hora de ingestión: náuseas, vómitos, respiración entrecortada, taquicardia, temblores, puede durar hasta doce horas. Efectos caleidoscópicos, ver música en colores u oír la pintura como si fuera música.

Cucumelo

Especie de hongos que crecen sobre el pasto.

Modifica la afectividad, la relación con el entorno y el comportamiento.

Proporciona un estado de conciencia onírico-visionario con una percepción incrementada. No provoca alucinaciones cenestésicas.

Actúa sobre receptores serotoninérgicos. (5)

Psilocibina

Se puede comer, cocinar, secar o machacar. Consumo vía oral en cápsulas o en tabletas.

Efecto: Percibir cosas en lugares que no son normales, alucinaciones muy coloridas, sensación de relajación, cólicos abdominales y diarreas, escenas retrospectivas. Comienza a los quince minutos de su ingestión y puede durar 9 horas. (5)

Inhalantes

Los inhalantes son solventes o anestésicos volátiles que contienen diferentes componentes químicos que, al incorporarse mediante inhalación, producen un efecto psicoactivo. (3)

Dentro de esta categoría podemos ubicar:

- a) Productos industriales o de uso hogareño: removedores de pintura, nafta, pegamento, productos para limpieza en seco, desengrasantes, etc.
- b) Útiles de arte y de oficina: correctores, resaltadores, etc., que contienen tricloroetanos y pueden producir muerte por arritmias ventriculares.
- c) Gases de uso hogareño o productos comerciales: encendedores de butano, tanques de propano, gases refrigerantes, gases de nafta, hexano, óxido nítrico, tolueno, entre otros.
- d) Aerosoles hogareños, pinturas en aerosol, desodorantes.
- e) Gases anestésicos o anestésicos volátiles de uso médico: éter, cloroformo.
- f) Nitritos: uno de los compuestos de los desodorantes de ambientes. (3)

En términos generales, los inhalantes producen a corto plazo efectos similares a los de la anestesia. Cuando se los inhala por vía nasal o bucal y llegan a los pulmones en concentraciones suficientes, causan una intoxicación que dura unos minutos. Para prolongar este efecto por varias horas, los consumidores suelen realizar varias inhalaciones seguidas. Al principio, el consumo les produce una pequeña sensación de estimulación, las sucesivas inhalaciones generan una pérdida de la inhibición y del control. Como resultado final, esta práctica puede provocar pérdida de conciencia, convulsiones y muerte. (3)

La muerte por sofocación es también una de las causas de deceso asociadas al consumo de inhalantes. Al consumirlos en altas concentraciones, se desplaza al oxígeno de los pulmones, la hipercapnia produce el paro respiratorio.(3)

El consumo de estas sustancias provoca daños en el cerebro, el hígado, los riñones, el corazón y los pulmones, algunos de ellos irreversibles. También se observan daños en el control cognitivo, motriz, visual y auditivo. Estos déficits pueden llegar hasta la demencia. (3)

Tabaco

Fumar cigarrillos parece ser un factor de riesgo muy importante en el consumo de alcohol y marihuana. La prevención del consumo de tabaco puede traer como beneficio adicional la prevención de otras adicciones. Entre los jóvenes de todas las edades, el tabaquismo es el comportamiento más común y el que con más probabilidad afecta la salud.

Al parecer, el factor más importante es el ejemplo de amigos y padres. Los adolescentes cuyos amigos y padres fuman, tienen mayores probabilidades de comenzar a fumar en comparación con aquellos que viven en un ambiente de no fumadores. Según la OMS (2010) las tasas de prevalencia del hábito de fumar cigarrillos comunes varían considerablemente entre niños y jóvenes, según la edad, sexo y nacionalidad. (5)

La prevalencia de tabaquismo ha declinado con mayor rapidez entre varones que entre mujeres, de modo que la brecha de género en la prevalencia de tabaquismo se ha estrechado considerablemente. Es probable que esta diferencia continúe en disminución, porque las adolescentes están comenzando a fumar a la misma tasa que los varones. Es probable que en el futuro esto contribuya a una carga mucho mayor de enfermedad cardiovascular y cáncer en las mujeres. (5)

Los peligros para la salud generados por el tabaquismo no se limitan a los que sufren los fumadores en sus organismos. Los no fumadores pueden sufrir daño por exposición crónica al humo del tabaco en el ambiente. Están mejor documentados los riesgos para niños cuyos padres fuman. Tienen infecciones respiratorias más graves durante la lactancia y la niñez, más síntomas respiratorios, y de mayor riesgo de otitis media crónica y asma que los hijos de no fumadores.

Alcoholes

Alcohol Etílico

El alcohol etílico o etano pueden hallarse en distintas concentraciones, como componente de varias bebidas alcohólicas, también puede encontrarse el etanol al 90-

95% para uso medicinal y además está presente en perfumes, cosméticos, preparaciones antisépticas, gotas óticas, etc.

Las bebidas destiladas se dividen en: fermentadas, destiladas y esencias. Dentro de las bebidas fermentadas los distintos tipos de vinos, que se obtienen de la fermentación de la uva, con una concentración entre el 10 y 15%, la sidra que se obtiene de la fermentación del jugo de manzana, cuya concentración alcohólica es entre el 2 y 5 % y por la fermentación de la cebada y el lúpulo, encontramos la cerveza, que presenta una graduación entre el 2 y 3%. Las bebidas destiladas son: ginebra, whisky, coñac, ron, vodka, etc. Aquí se produce la fermentación alcohólica de cereales obteniéndose concentraciones de alcohol etílico entre 13 y 50%, por ejemplo, el whisky que se obtiene por la destilación del fermento de la malta de cebada tiene una graduación alcohólica del 43 al 45%. (8)

Por último, las esencias son bebidas destiladas con el agregado de menta, anís, etc., que tienen una concentración entre el 15 y 40%.

El alcohol etílico se puede absorber por varias vías, siendo la más frecuente la vía digestiva. La vía inhalatoria es importante en los casos de absorción de vapores de alcohol por exposición profesional. Las vías parenterales son de importancia médica absorbiéndose el alcohol cuando se administra diluido. (8)

La vía digestiva es la habitual y presenta la siguiente cinética: una vez ingerido, el 20% se absorbe en el estómago, el 80% restante en la zona duodenal. La absorción es muy rápida ya que el alcohol es hidrosoluble, posee una molécula pequeña y atraviesa los poros de las membranas celulares. Hay distintos factores que la modifican, a saber: a mayor concentración (superiores al 30%) puede provocar espasmo pilórico aumentando el contacto con la mucosa gástrica y por lo tanto una absorción más lenta. Se modifica en presencia de distintos alimentos, por ejemplo, los grasos la disminuyen y los hidratos de carbono la elevan. (8)

Todos los alcoholes se metabolizan en el hígado por un mecanismo enzimático, este metabolismo se halla acelerado en los alcoholistas crónicos, mientras tengan una función hepática normal. En pacientes con falla hepática, las concentraciones pueden permanecer altas más allá de las 24 hs. El alcohol produce inducción enzimática, por eso se registra el fenómeno de tolerancia, por el cual un alcoholista crónico puede resistir ingestas superiores sin síntomas de intoxicación. (8)

El alcohol se elimina por vía renal, pero también por vía respiratoria, de allí el característico aliento alcohólico, pudiendo realizarse la prueba denominada *alcotest*,

utilizada para el control de los automovilistas por la variación del color al soplar en un circuito cerrado (prueba colorimétrica) teniendo presente existe una relación entre la concentración sanguínea y la pulmonar de 1/2000 o sea, 0,05% de la concentración sanguínea. (8)

Alcohol metílico

El alcohol metílico o metanol o alcohol de madera llamado vulgarmente alcohol de quemar, se obtiene por la destilación destructiva de la madera, tiene un olor y sabor desagradable, pero con destilación adicional se torna casi inodoro. Se le agrega expresamente un colorante que en general es azul. (8)

Sus usos en nuestro medio son en productos de limpieza y desengrasantes (limpia vidrios), también se utilizan para la fabricación de gran número de elementos como, por ejemplo: en los plásticos, fábricas textiles, en tintas, explosivos y caucho.

La principal vía de administración es la gastrointestinal, se metaboliza a una velocidad menor que el alcohol etílico y se convierte en Formaldehído (que es 33 veces más tóxico que el metanol) y Ácido Fórmico (que es 6 veces más tóxico). El Ácido Fórmico es la toxina principal, los índices de gravedad y mortalidad se hallan relacionados con el grado de acidosis en forma directa. (8)

La clínica depende de la ingesta. En pequeñas dosis se producen efectos depresores del SNC y alteraciones visuales, con visión borrosa o nublada y, a veces, con amaurosis completa y permanente, apreciándose en el fondo de ojo edema peripapilar e hiperemia de la papila óptica. (8)

El signo cardinal de la intoxicación por metanol es la acidosis metabólica, con Ph que oscila entre 6,6 y 6,7 siendo casi incompatible con la vida. (8)

TRASTORNOS POR ABUSO DE ALCOHOL

La Organización Mundial de la Salud establece que el alcoholismo es un trastorno crónico de la conducta manifestado por repetidas ingestas de alcohol, excesivas respecto de las normas dietéticas y sociales de la comunidad y por acabar interfiriendo en la salud o en las funciones económicas y sociales del bebedor. (9)

Morris E. Chafet, por su parte, define el alcoholismo como un trastorno crónico de la conducta manifestado a través de una inhabitual preocupación por el alcohol y su consumo, en detrimento de la salud física y mental, así como la pérdida de control

cuando se empieza a beber y por la actitud autodestructiva manifestada en las relaciones personales y las situaciones vitales. (9)

Se puede decir que el alcoholismo es una conducta psicopatológica caracterizada por la dependencia, la pérdida de control y por sus objetivos autodestructivos.

Personalidad Prealcohólica

Se postularon distintas hipótesis psicodinámicas para explicar el alcoholismo.

Entre ellas se distingue la fijación oral y el uso de la bebida como elemento calmante de la angustia de castración. La bebida como protesta contra la sociedad, como correlato del odio al padre, la agresividad sádica, la autodestrucción y la homosexualidad latente. Pero estas hipótesis psicogenéticas son insuficientes para explicar la etiología y la patogenia. (9)

Se detecta muy a menudo que el alcohólico presentaba antes de iniciar su conducta adictiva, algún trastorno de su personalidad.

El alcohólico es descrito como un individuo pasivo, inseguro, impulsivo, dependiente, inmaduro, y con baja tolerancia a la frustración. Muestra un elevado índice de rasgos neuróticos, así como una menor fortaleza yoica. Dado que no tolera la frustración, tiende a la gratificación a corto plazo sin considerar las consecuencias prospectivas de sus actos. (9)

La esperanza es un sentimiento prospectivo y expectante determinado por la confianza en alcanzar el objetivo que se persigue. En el prealcohólico, este sentimiento no arraiga, ya que vive el presente de manera pasiva y el futuro como incierto y teñido de fracasos, Si bien no hay una personalidad común a todos los alcohólicos, se puede considerar los seres que se vuelven alcohólicos presentan rasgos comunes: la vivencia de la soledad, la desesperanza y el imperio del presente anónimo y pasivo. En los demás aspectos, su personalidad adopta características diversas. No puede hablarse, por tanto, de un tipo de personalidad específicamente prealcohólica, sino sólo de una constelación prealcohólomana básica. (9)

La familia del alcohólico

Entre los familiares del alcohólico se registra un alto índice de alcoholismo. De distintas estadísticas se desprende que más del 50% entre hijos, 15% a 50% entre los padres, 2% a 8% entre los tíos, 10% entre los abuelos y 1% entre los cónyuges. A. Fernández

propone que el influjo alcoholomanígeno que ejercen los familiares alcohólicos sobre el niño se manifiesta por dos vías: (9)

- 1) La convivencia con un miembro alcohólico, sobre todo si se trata del padre o de la madre, impide el desarrollo de hábitos comunicativos adecuados y de la tolerancia a la frustración: esto lo conduce a la adquisición personal de los rasgos propios de la constelación alcoholomanígena básica.
- 2) A través de la identificación, se tiende a adoptar pautas de conducta similares, incluido el comportamiento relacionado con el alcohol. Esto podría deberse a la llamada *identificación individual parcial*.

En lo que respecta a la familia elegida por el alcohólico, se ha enfocado el tema en el estudio de la esposa. M. Pellerin Bonmari propone: (9)

- 1) Estas mujeres tendrían rasgos de personalidad previos al alcoholismo de su marido. Elegirían su pareja en función de su propia psicopatología.
- 2) Sus dificultades representarían una respuesta a su situación de convivencia con un alcohólico. Los conflictos se desarrollarían a lo largo de la evolución del alcoholismo de su marido.

Whalen propone, considerando la primera teoría enunciada, que existen cuatro tipos de esposas de alcohólicos: la dominante o controladora, la masoquista, la punitiva o sádica y la indecisa. Está descartado, como en el caso del alcohólico, que exista un único tipo de personalidad. Se ha observado que algunas de estas esposas experimentan trastornos psíquicos cuando el marido logra dejar la bebida. (9)

Respecto de esto, Watzlawick habla de *relaciones complementarias patológicas*, en las que la conducta de la esposa contribuiría al mantenimiento del alcoholismo del marido. Jackson realizó una investigación sobre familias de varones alcohólicos donde halló siete períodos de reacción de la familia durante el proceso alcohólico. Louise Mehrman lo esquematizó de la siguiente manera: (9)

- 1) Negación: la esposa intenta negar el problema en forma similar a la que lo hace el alcohólico que se encuentra en la etapa prodrómica. Con posterioridad, aparecen la vergüenza y el encubrimiento de la situación ante los demás. Más tarde, la mujer recurre a parientes o amigos a quienes plantea la situación.
- 2) Intentos de eliminar el problema: reacción de rechazo hacia el alcohólico, expresado por aislamiento social del grupo familiar. Se centra la atención en el alcoholismo al considerarlo el culpable de todas las dificultades del grupo. Ante la presión familiar, el alcohólico hace intentos de abstinencia. Genera con esto

la culpa en la esposa y falsas expectativas. Continúa la ingesta excesiva. Se pierde el sentimiento de lástima hacia el enfermo.

- 3) Desorganización: Aumento de la tensión en el grupo. Al producirse las reincidencias en el beber, la esposa se comporta hostil y distante, agrade a los hijos por el afecto que estos sienten por su padre. Aparecen descargas de violencia con posterior vergüenza.
- 4) Intentos de reorganizar la familia: la esposa trata de hacerlo por la separación o la recuperación de la economía, por lo que busca un trabajo extra. Asume los roles de padre y madre. El grupo ignora al alcohólico. El alcohólico intenta sabotear este nuevo orden y recuperar el afecto de sus hijos; como no lo consigue, comete abusos contra ellos y su esposa.
- 5) Esfuerzos por escapar: la esposa trata de escapar mediante la separación. En general, estos distanciamientos son momentáneos.
- 6) Reorganización por parte de la familia: si la ruptura se produce, se reorganiza solo parte del grupo. Habrá actividades ambivalentes de dolor y alivio, con culpa por la marginación del enfermo.
- 7) Reorganización de la familia entera: si la conmoción de la ruptura movilizó en el alcohólico aspectos sanos, éste podrá encarar su rehabilitación y comenzar la reorganización de la familia en su totalidad. (9)

Clasificación de los alcohólicos:

Jellinek clasificó los alcoholismos en cinco formas y las distinguió con letras del alfabeto griego: Alfa, Beta, Gamma, Delta y Épsilon, no obstante, dejó abierta la clasificación para que se agreguen otros tipos que pueden ser propios de algunas culturas. (9)

Alcoholismo Alfa

Comprende a los bebedores que abusan del alcohol de forma continua para aliviar un sufrimiento físico o emocional. Por lo general, es secundario a una enfermedad física o mental. No presenta incapacidad de detenerse y de abstenerse. Puede transformarse en alcoholismo Gamma. Representa una dependencia psicológica.

Alcoholismo Beta

Es aquel que ocasiona enfermedades orgánicas de las cuales las más frecuentes son las polineuritis, gastritis, hígado graso y cirrosis hepática. No presenta incapacidad de detenerse y abstenerse. No presenta dependencia, en general responde a pautas de costumbres de un cierto grupo social en cooperación con hábitos alimentarios deficientes. Puede transformarse en alcoholismo Gamma o Delta.

Alcoholismo Gamma

Reúne cuatro características en relación al alcohol:

- 1) Adquisición de una tolerancia tisular progresiva.
- 2) Adaptación del metabolismo celular.
- 3) Dependencia física, manifestada por signos de abstinencia.
- 4) Dependencia psíquica, manifestada por la falta de control.

Entre las crisis presenta, comúnmente, períodos de abstinencia total.

Alcoholismo Delta

Se caracteriza por la incapacidad de abstenerse, pero, en cada oportunidad, el paciente controla la cantidad que ingiere. Con frecuencia presenta las complicaciones orgánicas de la forma Beta. No manifiesta pérdida de control, pero su dependencia no le permite abstenerse por uno o dos días, por la aparición de síntomas de privación.

Alcoholismo Epsilon

Es el alcoholismo periódico o dipsomanía, que se caracteriza por períodos de embriaguez que comienzan y terminan de forma paroxística, al tiempo que pueden durar días, semanas o meses, precedidos por una alteración del estado de ánimo.

Para Jellinek, solo los alcoholismos Gamma y Delta constituyen una enfermedad. El Alfa se constituye en el síntoma de un trastorno subyacente. El Beta, por su parte, es puramente el efecto de la bebida excesiva, que se puede ingerir sin que tenga lugar una dependencia física o psicológica. El Epsilon puede ser una enfermedad por sí misma o el síntoma de una enfermedad subyacente. (9)

Clasificación de Alonso Fernández

Este criterio distingue tres tipos de bebedores: (9)

- a) El bebedor excesivo regular (tipo Delta de Jellinek) es un consumidor de alcohol en una cantidad superior a su tolerancia biológica, conducta que manifiesta con regularidad, sin incurrir nunca o casi nunca en embriagueces. Su objetivo es consolidar su situación ambiental, donde el alcohol es su patrón sociocultural.
- b) El bebedor alcoholómano (tipo Gamma de Jellinek) es aquel que se sirve del alcohol como un instrumento productor de embriaguez, para evadirse de una realidad vivida como insoportable a causa de los sentimientos de aislamiento, soledad, inferioridad y desesperanza.
- c) El bebedor enfermo psíquico (tipo Alfa de Jellinek) utiliza el alcohol para modificar sus alteraciones psíquicas y obtener, sobre todo, la reducción de la tristeza y los sentimientos de culpa en los cuadros depresivos, la exagerada vergüenza en las personalidades inseguras, las distimias de las enfermedades epilépticas, el delirio de los esquizofrénicos y el incremento de la exaltación en los cuadros maníacos o hipertímicos.

Fases evolutivas de la conducta alcohólica

Cuando hablamos de alcoholismo, no podemos dejar de mencionar a Jellinek, que fue asesor experto en el tema de la OMS, pues es mérito de este autor el haber deslindado en forma clara y precisa las diferentes etapas del alcoholismo crónico. (9)

Aunque no todos los alcoholistas presentan la totalidad de los síntomas descriptos, la división en etapas o fases permite comprender mejor los distintos momentos del proceso alcohólico. (9)

Fase prealcohólica u oculta

Es aquella en la cual el sujeto efectúa ingestas que conducen a una relajación de sus tensiones y facilitan el contacto, la disminución de las inhibiciones y el bienestar momentáneo.

Este período, cuya duración depende de la constitución física y psíquica del individuo, dura meses y veces años. (9)

Con el correr del tiempo se aumentan las ingestas que tienden a hacerse más repetidas y mayores, e incrementan de manera paulatina y progresiva su resistencia: acostumbramiento.

Fase prodrómica

Según Jellinek, el comienzo de esta fase está marcado por la aparición de amnesia retrógrada. Este sería el primer síntoma orgánico de la intoxicación crónica que pueden ocurrir en bebedores excesivos y aun en moderados que experimentan agotamiento físico o emocional. Los individuos adquieren conciencia de su relación de dependencia con la bebida, situación que hace disminuir su autoestima y genera sentimientos de culpabilidad. Esta fase dura entre seis meses y cinco años aproximadamente; es una etapa útil para interceptar el alcoholismo, lo que se puede lograr con abstinencia total. (9)

Fase básica o decisiva

Su iniciación está marcada por la pérdida de control de la ingesta. Jellinek afirma que la imposibilidad de detenerse o de abstenerse no sólo depende de los factores psíquicos desencadenantes, sino también de algún factor predisponente que se supone hereditario o congénito, de naturaleza física, al que llama factor X.

En esta etapa, el alcohólico trata de justificar su conducta responsabilizando de su fracaso a la familia, a sus compañeros de trabajo, a sus amigos. Esta situación lo sumerge en un aislamiento que se acompaña de una creciente agresividad. El sujeto abandona a sus amigos, su trabajo, etc., y manifiesta de manera cada vez más evidente la pérdida de intereses. En esta fase se altera la nutrición y aparecen las consecuencias somáticas que derivan de la alimentación deficiente y de la alteración de las neuronas por acción directa del alcohol. (9)

Fase crónica

Se caracteriza por las embriagueces repetidas, los conflictos familiares, los problemas laborales y los trastornos económicos. Se observa disminución de los rendimientos, labilidad emocional, dificultades en el área intelectual, afectiva y volitiva y decadencia ética. (9)

El efecto tóxico y las deficiencias nutritivas secundarias conducen a la siguiente sintomatología física: congestión facial, conjuntival y telangectasias, temblores en manos y lengua, polineuropatías, parestesias, hiperestesias, hiperreflexia, calambres, gastritis crónica, hepatopatía con cirrosis en las etapas finales, bronquitis, tos y expectoración, delirium tremens, alucinaciones, enfermedad de Korsakoff. (9)

Intoxicación alcohólica aguda

Embriaguez simple

Es la alteración psíquica más frecuente en el campo del alcoholismo. Sus signos y síntomas dependen del efecto depresor sobre el sistema nervioso central.

Clásicamente se divide en tres etapas:

Las primeras manifestaciones clínicas están caracterizadas por la excitación intelectual y motriz, la euforia, el optimismo, la disminución del dominio de sí, la locuacidad y la irritabilidad. (9)

Luego de esta fase inicial, las palabras tienden a hacerse incoherentes, la crítica a disminuir y la incoordinación a tornarse evidente. Hay hipoestesia general y sensorial. Finalmente, el sujeto se desploma, los reflejos están disminuidos, la anestesia se ha extendido. Evoluciona, luego de un sueño prolongado, hacia el despertar y la normalidad. (9)

Si la ingesta ha sido masiva, la embriaguez puede evolucionar hacia el colapso, incluso la muerte. Esto se debe a la depresión del sistema nervioso central, fundamentalmente a nivel del sistema reticular ascendente. (9)

Los niveles de alcoholemia se correlacionan con efectos clínicos: en un bebedor normal, la alcoholemia de 30 mg% produce exaltación discreta; 50 mg%, pérdida de inhibiciones; 60 mg%, enlentecimiento de los reflejos; 80 mg%, retardo psicomotor; 100 mg%, ataxia-disartria; 150 mg%, dificultad para mantener la postura erecta; 200 mg%, somnolencia; 300 mg%, estupor; 400 mg%, coma; 500 mg%, muerte por paro respiratorio. Desde la perspectiva médico legal, la alcoholemia se cuantifica en gramos por litro y se divide en períodos, el tercero de los cuales adquiere la mayor importancia, pues su diagnóstico determinará la imputabilidad o no de una persona. (9)

Los síntomas clínico-psicológicos de la intoxicación aguda son muy variables y dependen de la sensibilidad y tolerancia alcohólica de cada individuo.

La alcoholemia nos dará una idea aproximada del estado clínico sobre la base de datos estadísticos. El alcohol se metaboliza a razón de 0,10 a 0,15 g/l de sangre por hora (0,12 g/l promedio).

Primer período de ebriedad: 0,10 a 1 g/l. Comienzo del estado de ebriedad con conservación de la lucidez. Distorsión psicosensores, euforia y agresividad.

Segundo período de ebriedad: 1,01 a 1,49 g/l. Estado crepuscular progresivo de la conciencia, relativa lucidez. Disminución de la atención y la memoria. Desviaciones socioambientales.

Tercer período de ebriedad: 1,50 a 3 g/l. Fase intermedia o de transición entre el estado crepuscular y el de inconsciencia. Se agrega incoordinación motriz, desviaciones senso-perceptivas, alteraciones amnésicas y del juicio. El nivel crítico se encontraría alrededor de los 2,25 g/l; si es inferior a esto, se acerca al segundo período, estado crepuscular.

Cuarto período de ebriedad: 3,01 g/l. Evoluciona de la inconsciencia hasta el sueño profundo, el coma y la muerte. (9)

En cuanto a la alcoholuria, la difusión comparativa de alcohol en sangre y orina es un problema aún no resuelto por completo. Se considera que la alcoholemia corresponde a un 30% de la alcoholuria. (9)

Embriaguez complicada

Se observa alteración de la conciencia, desorientación, confusión, y en ocasiones, pseudoalucinaciones, ideas delirantes transitorias e incluso alucinaciones visuales verdaderas. (9)

Es común observar un aumento de la actividad impulsiva y agresiva que se pone de manifiesto a través de conductas autoagresivas o heteroagresivas.

Garnier ha clasificado la intoxicación alcohólica aguda complicada en los siguientes tipos: (9)

1. Embriaguez excitomotriz: raptus impulsivo furioso. Es un verdadero paroxismo, puede abarcar varias horas.
2. Embriaguez alucinatoria: caracterizada por el dramatismo de las alucinaciones visuales o auditivas. Con frecuencia intensamente trágicas, con la posibilidad de reacciones homicidas impulsivas.
3. Embriaguez delirante: Autodenuncia delirante, megalomanía, celos, delirio persecutorio.

El delirante vive una transformación de su personalidad.

Como característica general, la embriaguez complicada tiene una evolución más prolongada que la simple y puede alcanzar hasta 24 horas. Termina, en general, en coma con amnesia consecutiva. Un signo fundamental es la tendencia a la recidiva con una forma idéntica. (9)

Intoxicación alcohólica crónica

Psicosis agudas y subagudas

Delirium Tremens: Constituye una de las más graves complicaciones y se desarrolla en bebedores crónicos. Se presenta entre los 30 y 50 años de edad, luego de enfermedades del aparato respiratorio (neumopatías), intervenciones quirúrgicas, traumatismos, o ante la abstinencia. (9)

Los trastornos hipóncicos constituyen los síntomas premonitorios. Se trata de pesadillas angustiantes, terroríficas, la percepción se altera a través de ráfagas de alucinaciones inespecíficas. En la mayoría de los casos, este tipo de intoxicación alcohólica se presenta en forma brusca, sin la presencia de síntomas previos característicos.

Las alucinaciones constituyen el síntoma más destacado del delirio. Son visuales, táctiles, rara vez auditivas, múltiples y móviles. En las alucinaciones típicas, el paciente experimenta la sensación de que animales caminan por su cuerpo, se le enroscan o lo pican o lo muerden.

La deshidratación, los temblores y la hipertermia completan el cuadro.

Delirio alcohólico subagudo: Es la forma clínica previa al delirium tremens y constituye la presentación más frecuente. Los síntomas son semejantes al delirio alcohólico agudo, pero incompletos. (9)

Alucinosis alcohólica: Las alucinaciones auditivas constituyen el síntoma fundamental, que dan origen a ideas delirantes de tinte persecutorio, que pueden llegar a la autoagresión o la heteroagresión. A diferencia del *Delirium tremens*, el paciente se halla totalmente lúcido y compensado metabólicamente. (9)

Delirio alucinatorio: Se trata de un delirio cuyo punto de origen puede ser la esfera acústico verbal o visual. Puede estar relacionado con la temática celotípica. Puede evolucionar hacia la indiferencia y desinterés o a un evidente estado demencial. (9)

Delirio celotípico: Las ideas de celos son típicas en los alcohólicos crónicos, con una personalidad de base paranoide, donde sobresalen la desconfianza, la susceptibilidad, la sobrevaloración y el orgullo. (9)

Encefalopatías alcohólicas

Psicosis polineurítica alcohólica de Korsakoff: Esta afección, descrita por Korsakoff entre 1887 y 1889 consiste en alteraciones psíquicas asociadas a síntomas polineuríticos. Se trata de estados confusionales con amnesia de fijación, tendencias fabulatorias, falsos reconocimientos e ideas delirantes móviles con temas variados. El síntoma fundamental es la amnesia de fijación, el enfermo es incapaz de fijar un recuerdo. En forma casi constante, se observa una desorientación espacial. Puede estar acompañada por una polineuropatía periférica localizada con mayor frecuencia en miembros inferiores. (9)

Gayet-Wernicke: En el período de estado, la somnolencia y el sopor son las manifestaciones dominantes, que son entrecortadas por fases de agitación, delirios y alucinaciones. Existen trastornos oculares: parálisis de los movimientos de los globos, disminución de la agudeza visual, fotofobia. Pueden acompañarse, también, de contractura de tipo meningítico. La evolución es, con frecuencia, rápida al coma, seguida por la caquexia y la muerte. Histopatológicamente consiste en una proliferación capilar fundamentalmente en las paredes del tercer y cuarto ventrículo, con proliferación macro y microglial. (9)

Marchiafava-Bignami: Es patognomónica del alcohólico crónico, la parte genética jugaría un rol fundamental. Desde el punto de vista clínico, se traduce por un estado demencial similar a la pseudoparálisis general con disartria, temblor, hipertonia, ataxia e incontinencia. La evolución suele ser rápida y fatal. Las lesiones corresponden a la desmielinización del estrato medio del cuerpo calloso, que, en las fases crónicas, lleva al colapso de esta estructura. (9)

Encefalopatía alcohólica portocava: Sobreviene en el alcohólico cirrótico, se caracteriza por trastornos de la conciencia asociados a alteraciones del humor (apatía, irritabilidad, despreocupación), acompañados de temblor especial en manos. Se produce por hiperamoniemia. (9)

Trastornos del carácter

La acción del alcohol trae aparejados cambios en la personalidad, que se manifiestan a través de síntomas que abarcan, sobre todo, la esfera afectiva con la forma de labilidad, irritabilidad, apatía, indiferencia y episodios disfóricos (mal humor inmotivado). Se observa una pérdida de libertad frente a sus decisiones. (9)

Deterioro alcohólico o pseudodemencia alcohólica: Es un estado de deterioro crónico, progresivo y global del psiquismo, solo reversible en sus fases iniciales. Afecta a todas las funciones intelectuales, en particular la atención y la memoria. Lo más llamativo es la alteración de las pautas éticas y morales, así como la marcada abulia e indiferencia. (9)

LEGISLACIÓN VIGENTE

Ley de drogas

Ley N^º 23.737 (actualizada por Ley N^º 26.052) Tenencia, suministro y tráfico de estupefacientes:

Art. 13^º: Si se usaren estupefacientes para facilitar o ejecutar otro delito, la pena prevista para el mismo se incrementará en 1/3 del mínimo y del máximo. Art. 14^º: Prisión de 1 a 6 años más multa al que tuviere en su poder estupefacientes. Pena de 1 mes a 2 años de prisión cuando por su escasa cantidad y demás circunstancias, sugiere inequívocamente que la tenencia es para uso personal.

Art. 15^º: La tenencia y consumo de drogas de coca en un estado natural destinada al coqueo o infusión no se considera tenencia o consumo de estupefacientes.

Art. 16^º: Cuando el condenado por cualquier delito dependiera física y psíquicamente de estupefacientes, el juez impondrá, además de la pena, una medida de seguridad curativa que consistirá en un tratamiento de desintoxicación y rehabilitación por el tiempo necesario a estos fines, y cesará por resolución judicial previo dictamen de peritos que así lo aconsejen.

Art. 17^º: En el caso del 14^º, segundo párrafo, si en el juicio se acreditase que la tenencia es para uso personal, declarada la culpabilidad del autor y que el mismo depende física o psíquicamente de estupefacientes, el juez podrá dejar en suspenso la aplicación de la pena y someterlo a una medida de seguridad curativa por el tiempo necesario para su desintoxicación y rehabilitación. Acreditado su resultado satisfactorio, se lo eximirá de la aplicación de la pena. Si transcurridos 2 años de tratamiento no se ha obtenido un

grado aceptable de recuperación, deberá aplicarse la pena y continuar con la medida de seguridad por el tiempo necesario o solo esta última.

Art. 18°: En el caso del artículo 14°, segundo párrafo, si durante el sumario se acreditase por semiplena prueba que la tenencia es para uso personal y existen indicios suficientes a criterio del juez de la responsabilidad del procesado y éste dependiere física o psíquicamente de estupefacientes con su consentimiento, se le aplicará un tratamiento curativo por el tiempo necesario para su desintoxicación y se suspenderá el trámite sumario. Acreditado su resultado satisfactorio, se dictará sobreseimiento definitivo. Si transcurridos 2 años de tratamiento, por falta de colaboración del procesado no obtuvo un grado aceptable de recuperación, se reanudará el trámite de la causa y, en su caso, podrá aplicársele la pena y continuar el tratamiento por el tiempo necesario, o mantener solo la medida de seguridad.

Art. 19°: La medida de seguridad que comprende el tratamiento de desintoxicación y rehabilitación, prevista en los artículos 16, 17 y 18 se llevará a cabo en establecimientos adecuados que el tribunal determine bajo condición profesional reconocidas y evaluadas periódicamente. El tratamiento podrá aplicársele preventivamente al procesado cuando prestare su consentimiento para ello o cuando existiere peligro de que se dañe a sí mismo o a los demás. El tratamiento estará dirigido por un equipo de técnicos y comprenderá los aspectos médicos, psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos, criminológicos y de asistencia social, pudiendo ejecutarse en forma ambulatoria con internación o alternativamente, según el caso. Cuando el tratamiento se aplicare al condenado su ejecución será previa computándose el tiempo de duración de la misma para el cumplimiento de la pena. Respecto de los procesados, el tiempo de tratamiento suspenderá la prescripción de la acción penal. El Servicio Penitenciario Federal o Provincial arbitrará los medios para disponer en cada unidad, de un lugar donde, en forma separada del resto de los demás internos, pueda ejecutarse la medida de seguridad y de rehabilitación de los arts. 16, 17 y 18.

Art. 20°: Para la aplicación de los supuestos establecidos en los artículos 16, 17 y 18 el juez, previo dictamen de los peritos, deberá distinguir entre el delincuente que hace uso indebido de estupefacientes y el adicto a dichas drogas que integra al delito para que el tratamiento de rehabilitación en ambos casos, sea establecido en función de niveles de patología y del delito cometido, a los efectos de la orientación terapéutica más adecuada.

Art. 21°: En el caso del 14°, segundo párrafo, si el procesado no dependiere física o psíquicamente de estupefacientes por tratarse de un principiante o experimentador, el juez de la causa podrá, por única vez, sustituir la pena por una medida de seguridad educativa en la forma y modo que judicialmente se determine. Tal medida debe comprender el cumplimiento obligatorio de un programa especializado, relativo al comportamiento responsable frente al uso y tenencia indebida de estupefacientes, con una duración mínima de 3 meses.

La sustitución será comunicada al Registro Nacional de Reincidencia y Estadística Criminal y Carcelaria, organismo que lo comunicará solo a los Tribunales del país con competencia para la aplicación de la presente Ley cuando éstos lo requiriesen. Si concluido el tiempo de tratamiento éste no hubiese dado resultado satisfactorio por falta de colaboración del condenado, el tribunal hará cumplir la pena en la forma fijada en la sentencia.

Art. 22°: Acreditado un resultado satisfactorio de las medidas de recuperación establecidas en los artículos 17, 18 y 21, se después de 3 años de la recuperación, el autor alcanzará una reinserción social plena, familiar, laboral y educativa, el juez, previo dictamen de peritos, podrá librar de oficio al Registro Nacional de Reincidencia y Estadística Criminal para la supresión de la anotación relativa al uso y tenencia indebida de estupefacientes.

Reglamentación de la Ley N° 24.788 (Alcoholismo).

Art. 1: En todas las bocas de expendio de bebidas alcohólicas, cualquiera fuera su envergadura, deberá exhibirse ante el público consumidor, por cualquier medio (afiches, carteles, stickers, etc.), y con letras con suficiente relieve, tamaño y visibilidad, la leyenda: prohibida la venta de bebidas alcohólicas a menores de 18 años - Ley nacional de lucha contra el alcoholismo - n°24788". Deberá propiciarse el conocimiento de las responsabilidades éticas y legales de quienes comercializan y expenden bebidas alcohólicas y la implementación de mecanismos de control.

Art. 2°: Sin reglamentar.

Art. 3: A los efectos de la interpretación de los alcances de la Ley n° 24788 deberá entenderse por "bebidas alcohólicas" todas aquellas que se encuentren regidas y definidas como tales por el Código Alimentario Argentino (CAA) y que fermentadas o no tienen un contenido de alcohol superior a cinco por mil en volumen medido a veinte grados centígrados (20°C).

Art. 4: Considérese boca de expendio todo local, establecimiento o lugar, fijo o móvil, en el cual se suministren, a cualquier título, bebidas alcohólicas.

La autoridad competente local regulará la prohibición de consumo de bebidas alcohólicas en la periferia y en el interior de los estadios u otros sitios en los que se realicen actividades de convocatoria masiva.

Art. 5: La graduación alcohólica y las leyendas "beber con moderación y prohibida su venta a menores de 18 años", deberán figurar en el envase primario de las bebidas alcohólicas que se comercialicen en el país, debiendo figurar en letras con suficiente relieve, visibilidad y tamaño, de acuerdo a lo dispuesto en las resoluciones n° 43/02 y 44/02 de la ex Secretaría de la Competencia, la Desregulación y la Defensa del Consumidor. La cantidad nominal del producto contenido deberá respetar las proporciones entre la altura de las letras y los números, y de la superficie de la cara principal de acuerdo a la tabla 1 que como anexo forma parte integrante del presente artículo. Serán autoridades de aplicación de las normas del presente artículo, en sus respectivas jurisdicciones, el Ministerio de Salud, a través del Instituto Nacional de Alimentos, dependiente de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica y el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas a través del Instituto Nacional de Vitivinicultura-

Art. 6: La publicidad de bebidas alcohólicas en los distintos medios de comunicación masiva (televisivo, cinematográfico, radial, gráfico, etc.) deberá incluir las leyendas "beber con moderación" y "prohibida la venta a menores de 18 años". En la publicidad en medios audiovisuales estas advertencias deberán estar sobreimpresas al pie de la imagen, de manera que parte del público sin ningún esfuerzo, durante toda la emisión. Esta sobreimpresión podrá ser reemplazada por una imagen fija con las advertencias en letras blancas sobre fondo negro, que se emita durante un lapso no inferior a 5 segundos como finalización del aviso.

Lo relacionado con la publicidad, incluida en señales o programas provenientes del exterior, estará comprendido en la regulación establecida o que se estableciere en materia de difusión de publicidad a través de señales de televisión por cable o satelital y los mensajes publicitarios que se emitan deberán cumplir con la normativa señalada anteriormente.

La publicidad radial o sonora, en cualquiera de sus modalidades, deberá finalizar con las advertencias "beba con moderación" y "está prohibida la venta de bebidas alcohólicas a menores de 18 años" sin fondo musical. El tiempo de emisión de estas

advertencias no se computará a los efectos establecidos en el Art 71 de la Ley 22285 y sus modificatorias. Tratándose de publicidad gráfica, tanto en la vía pública (estática o móvil), como en periódicos, revistas e impresos en general, las leyendas deberán insertarse dentro del espacio destinado al aviso de publicidad, ocupando no menos del 3% de la superficie total del aviso o de la fracción del mismo destinada a publicitar bebidas alcohólicas cuando estén integradas en un aviso para distintos productos. Esta norma no será aplicable a los materiales y/o elementos destinados a la promoción que realicen, a título gratuito las empresas productoras y/o comercializadoras, con el objeto de presentar, difundir o consolidar sus marcas en el mercado mediante la utilización de distintos medios de propaganda a través de otros elementos (sombrrillas, mesas, servilletas, vasos, relojes, etc.).

Inc. a) la prohibición alcanza a toda publicidad (directa, indirecta-no tradicional, institucional) o al incentivo de consumo alcohólico en los contenidos de la programación que se emitan por medios masivos de comunicación (radio y televisión) en el horario de protección al menor; en programas cinematográficos destinados a menores o público infantil; en espectáculos públicos (deportivos, culturales o artísticos), con libre acceso a menores y medios gráficos cuyos contenidos principales estén especialmente dirigidos a público infantil.

Inc. b) La prohibición alcanza a toda publicidad directa, indirecta, institucional, que se emite por medios masivos de comunicación o en programas cinematográficos siendo condición obligatoria para su emisión la presentación de declaración jurada del anunciante, certificando la no participación de menores, en roles de bebedores y/o consumidores de alcohol.

Inc. c) La prohibición alcanza a la publicidad o incentivo de consumo que utilice por asociación o cualquier otra clase de relación a deportistas, intelectuales, científicos o profesionales notorios; o en general personas de fama o con habilidades especiales, de modo que por emulación se pueda sugerir que el consumo de bebidas alcohólicas mejora el rendimiento físico o intelectual de las personas.

Ley antitabaco

En Argentina fue sancionada el 1 de junio de 2011 una Ley Nacional Antitabaco (nombre vulgar dado por los fumadores). El nombre correcto es "Regulación de la publicidad,

promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco”. Se trata de la Ley N° 26.687, promulgada el 13 de junio de 2011.

Art. 5º: Prohíbese la publicidad, promoción y patrocinio de los productos elaborados con tabaco, en forma directa o indirecta, a través de cualquier medio de difusión o comunicación.

Art. 6º: Exceptúese de la prohibición establecida en el artículo anterior, a la publicidad o promoción que se realice:

- a) En el interior de los lugares de venta o expendio de productos elaborados con tabaco, conforme a lo que determine la reglamentación de la presente ley;
- b) En publicaciones comerciales destinadas exclusivamente a personas o instituciones que se encuentren involucradas en el negocio del cultivo, fabricación, importación, exportación, distribución, depósito y venta de productos elaborados con tabaco;
- c) A través de comunicaciones directas a mayores de dieciocho (18) años, siempre que se haya obtenido su consentimiento previo y se haya verificado su edad.

Art. 7º: En todos los casos la publicidad o promoción deberá incluir uno de los siguientes mensajes sanitarios, cuyo texto estará impreso, escrito en forma legible, prominente y proporcional dentro de un rectángulo de fondo blanco con letras negras, que deberá ocupar el veinte por ciento (20%) de la superficie total del material objeto de publicidad o promoción:

- a) Fumar causa cáncer;
- b) Fumar causa enfisema pulmonar;
- c) Fumar causa adicción;
- d) Fumar causa impotencia sexual;
- e) Fumar causa enfermedades cardíacas y respiratorias;
- f) El humo de tabaco es causa de enfermedad y muerte;
- g) La mujer embarazada que fuma causa daños irreparables a su hijo;
- h) Fumar causa muerte por asfixia;
- i) Fumar quita años de vida;
- j) Fumar puede causar amputación de piernas.

En todos los casos se incluirá un pictograma de advertencia sobre el daño que produce el hábito de fumar, el que será establecido para cada mensaje por la autoridad de aplicación de esta ley.

Art. 8º: Prohíbese a los fabricantes y comerciantes de productos elaborados con tabaco, realizar el auspicio y patrocinio de marca en todo tipo de actividad o evento público, y a través de cualquier medio de difusión.

Art. 9º: Encomiéndose a la Autoridad Federal de Servicios de Comunicación Audiovisual la fiscalización y verificación del cumplimiento de las disposiciones del presente capítulo por los prestadores de servicios de comunicación audiovisual y radiodifusión, conforme a lo previsto en el artículo 81 inciso j) de la ley 26.522, disponiendo la aplicación de las sanciones que correspondan en caso de infracción, de acuerdo a lo establecido en el Título VI de la misma norma, sin perjuicio de las que correspondan por aplicación de la presente ley.

RESILIENCIA

Podemos describir a la resiliencia como las diferencias individuales que manifiestan las personas entre sí al estar enfrentadas a situaciones de riesgo. En consecuencia, reviste importancia conocer las especificidades que han manifestado los seres humanos que, viviendo en situaciones adversas, han logrado un nivel “adecuado” o “normal” de desarrollo; estas personas han sido denominadas resilientes. (10)

Es decir, cuando existen problemas que las personas deben atravesar y que son tomados como desafío personal, enfrentándolos y superándolos, es producto de la resiliencia de ese individuo. Hay personas que ante determinadas dificultades son abatidas, otras pueden superarlas y otras que no sólo las superan, las transforman en una vivencia positiva porque gracias a ellas desarrollaron recursos que creían no poseer.

La resiliencia abre un abanico de posibilidades, en tanto enfatiza las fortalezas y aspectos positivos presentes en los seres humanos. Más que centrarse en los circuitos que mantienen las condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de las personas, se preocupa de observar aquellas condiciones que posibilitan un desarrollo más sano y positivo.

La capacidad de resiliencia se debe a la interacción existente entre las relaciones familiares, la educación y el contexto social., vinculándose también con la autoestima

Las personas resilientes han sido definidas con las siguientes características:

- Sentido de la autoestima fuerte y flexible

- Independencia de pensamiento y de acción
- Habilidad para dar y recibir en las relaciones con los demás
- Alto grado de disciplina y de sentido de la responsabilidad
- Reconocimiento y desarrollo de sus propias capacidades
- Una mente abierta y receptiva a nuevas ideas
- Una disposición para soñar
- Gran variedad de intereses
- Un refinado sentido del humor
- La percepción de sus propios sentimientos y de los sentimientos de los demás
- Capacidad para comunicar estos sentimientos y de manera adecuada
- Una gran tolerancia al sufrimiento
- Capacidad de concentración
- Las experiencias personales son interpretadas con un sentido de esperanza
- Capacidad de afrontamiento
- Apoyo social
- La existencia de un propósito significativo en la vida
- La creencia de que uno puede influir en lo que sucede a su alrededor
- La creencia de que uno puede aprender con sus experiencias, sean éstas positivas o negativas.

En relación al concepto de resiliencia, resulta importante destacar que tiene elementos en común con conceptos afines, tales como, *coping*, robustez (*hardiness*) e invulnerabilidad.

Sin embargo, a diferencia de los conceptos mencionados, la resiliencia supone un estado de sensibilidad de parte de la persona frente a estímulo doloroso o adverso, que actúa vulnerándola.

La capacidad de resistencia y recuperación emocional se ponen a prueba en cada situación que genere un estrés intenso y prolongado como podría ser el maltrato, abuso de todo tipo (físico, psicológico, monetario, de poder), enfermedades graves o crónicas, catástrofes naturales, pobreza extrema, etc.

Ante estas situaciones habrá individuos que se sobrepongan manifestando una enorme capacidad de resiliencia, y otros no, sumiéndose en situaciones o comportamientos erráticos como desapego a las normas sociales, falta de adherencia a actividades

cotidianas (escuela, relaciones familiares, laborales), retraimiento o aislamiento excesivo, agresividad, consumo de drogas, alcoholismo.

ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

La prevención estaría dada en poder modificar las condiciones de vida, desarrollar un trabajo preventivo trabajando en todas las redes sociales.

Es muy difícil clasificar los procesos adictivos por su grado de complejidad y diversidad, también por la problemática de identificar si la adicción es un síntoma o constituye una enfermedad central.

Tomando como referencia los factores dinámicos de la personalidad, nos permitiría ordenar las diferencias entre síntomas y enfermedad encontrando una base estructural común.

Problemas conductuales del paciente drogadicto (orígenes psicodinámicos), y la estructura de su psiquismo nos presenta una comprensión más profunda y amplia que puede ser utilizada:

- para establecer el tipo de tratamiento
- para conocer y evaluar el pronóstico
- para ilustrar los métodos y oportunidades de los programas de prevención.

Se debe tener en cuenta una guía práctica general para la prevención y terapéutica clínica:

- necesidad de una correcta empatía entre la empresa y los trabajadores.
- orientación inmediata hacia efectores de salud
- seguimiento y acompañamiento por parte del servicio médico de la empresa

Para cumplir con la función de prevención es necesario informarse y formarse de las características clínicas, psicológicas y sociales del alcoholismo, tabaquismo y/o drogadicción.

Sólo por medio de amplios esfuerzos coordinados y en cooperación se pueden lograr efectivos programas preventivos laborales en adicciones, teniendo en cuenta la complejidad del fenómeno adictivo, que necesita de una acción concertada, que tenga en cuenta la problemática global y una acción sobre lo local partiendo de un diagnóstico contextual, enmarcado en la responsabilidad social empresarial y en la llamada cultura preventiva integral. (10)

Tipos de Prevención:

Los planes de prevención deberán tener en cuenta cuales son las influencias nocivas que proyecta la sociedad sobre la patogenia del adicto y que influyen en la postergación de su curación.

Deben entenderse como:

1. Prevención primaria: Todo aquello que se efectúe con respecto a la macro comunidad en conjunto, actuando antes que la adicción se manifieste (evitar)
2. Prevención secundaria: Es la que trata de limitar la enfermedad ya declarada, asistiendo terapéuticamente al adicto (terapéutico)
3. Prevención terciaria: Es la que trata de recuperar al máximo el potencial de la persona (rehabilitación)

También puede clasificarse a la prevención en:

1. Prevención específica: Es la que se relaciona directamente con el fenómeno.
2. Prevención inespecífica: Son las acciones generales no relacionadas directamente con el fenómeno.

Profundizando sobre estrategias preventivas, se destaca el trabajo de la Profesora Graciela Zaldúa, *Las drogas y la crisis*, que señala:

- 1) Los programas de prevención se deberían diseñar para operar los factores de protección y/o reducir los factores de riesgo.
- 2) Deberían tener como objetivo todas las formas de abuso de drogas.
- 3) Deberán incluir estrategias para resistir el ofrecimiento de drogas, reforzar el compromiso personal, la competencia social (comunicación, relación con iguales, autoeficacia y asertividad).

Fundamentación- Justificación

Hipótesis: Existe una alta prevalencia de consumo problemático de sustancias en la población estudiada y no cuenta con las herramientas para prevenirlo y eventualmente, la orientación necesaria para tratarlo.

La justificación y la originalidad de esta propuesta consiste en pesquisar la prevalencia del consumo problemático de sustancias en un grupo de trabajadores que desarrollan su actividad laboral en el ámbito público en el contexto de un vacío legal en la legislación laboral argentina en el marco de las adicciones.

En la búsqueda bibliográfica, tanto nacional como internacional se encontraron trabajos sobre la temática de las adicciones, su mecanismo de acción, efectos fisiopatológicos y programas terapéuticos. No se encontraron análisis de la prevalencia de esta problemática en un grupo de trabajadores y programas de concientización, prevención, y orientación.

Población y muestra seleccionada

Los trabajadores que constituyen el universo poblacional de este trabajo desempeñan su actividad laboral en una empresa privada contratada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires para realizar tareas de higiene urbana. El estrato sociocultural al que pertenece la mayoría de los operarios es medio-bajo, con estudios incompletos o inexistentes. Nos encontramos, entonces, ante un grupo poblacional asociado en muchos casos con un alto grado de vulnerabilidad social, que expresa una situación dinámica compleja que no se reduce a la mera carencia de recursos, de por sí muy grave, sino que alude a una posición en la que resulta extremadamente dificultoso el acceso a los bienes y servicios. (7) Perez Sosto y Romero (2008), sobre la base de elementos teóricos trabajados por Robert Castel (1997), reafirman que el concepto de vulnerabilidad alude a una realidad dinámica que se desarrolla en el complejo social, considerándola un proceso antes que un estrato social. (7)

El trabajo incluye en el estudio a la totalidad de los trabajadores de los diferentes sectores de la empresa. El número total de los trabajadores de la empresa es de aproximadamente 1000, que se distribuyen en 3 horarios (mañana, tarde y noche). Las ocupaciones específicas son variadas (barredores, choferes, cargadores, inspectores, mecánicos, supervisores). Los trabajadores habitualmente demuestran desconfianza en revelar conductas de su fuero íntimo al Servicio Médico de la empresa, ya que consideran que podría perjudicarlos el hecho de que esta información llegue a Recursos Humanos. Por esta razón, durante las capacitaciones anuales obligatorias, que en este caso trataron sobre riesgo cardiovascular y actividad física, se les dieron charlas explicativas y concientizadoras sobre la problemática evaluada y la importancia de conocer la situación actual para la eventual toma de medidas de carácter preventivo y

orientativo. Se explicó que la detección del consumo de sustancias y los problemas relacionados es similar a otras actividades de detección, como la medición de la presión sanguínea o las preguntas sobre la dieta y el ejercicio. Se hizo hincapié en que los resultados son absolutamente confidenciales y anónimos. Proteger la privacidad de los usuarios y la confidencialidad de la información es crucial y especialmente importante cuando se reúne información relacionada con el consumo de sustancias. Se colocaron los formularios impresos con las preguntas en el fichero (donde los trabajadores registran la entrada y la salida). La recolección de las respuestas se realizó en un buzón específico para tal fin, que se colocó en el fichero, junto con los cuestionarios. Las respuestas se recolectaron una vez por semana, los días domingos al finalizar la jornada, para evitar la percepción de pérdida de anonimato de quienes depositaban los cuestionarios completados.

Teniendo en cuenta que muchos trabajadores no se apersonan en la base central de la empresa, sino que lo hacen en sub bases distribuidas en el territorio donde la empresa realiza las tareas de higiene y recolección, se realizó el mismo *modus operandi* en los ficheros de las sub bases.



Fotos 1 y 2. Colocación de las urnas en los ficheros de las sub bases.

Más allá de estas medidas tendientes a que todos los trabajadores respondan el formulario, este fue voluntario. De esta manera, fueron los que respondieron el cuestionario quienes finalmente constituyeron la muestra de estudio de este trabajo.

Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional no experimental, descriptivo y seccional transversal, que fue realizado durante los meses de noviembre y diciembre de 2023 en una empresa privada de higiene urbana que está ubicada y desarrolla su actividad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El proyecto fue aprobado previamente por el Servicio Médico de la empresa (al cual pertenece), el Departamento de Seguridad e Higiene y las autoridades de la empresa. El método de recolección de datos fue un cuestionario de elaboración propia que consta de 19 preguntas. Se incluyeron escalas validadas internacionalmente como el DAST 10 (Drug Abuse Screening Test) y el RAPS 4 (Remorse – Amnesia – Perform – Starter).

Se entregó en un formulario impreso que el trabajador retiró del fichero al ingresar o egresar de su trabajo. Las respuestas son de opción múltiple y en ningún caso se requiere que el examinado escriba, con excepción de su edad y sexo. Estas se recolectaron en un buzón diseñado específicamente para tal fin, tal como se describe en el ítem anterior.

Para la detección del hábito tabáquico, se utilizó un test para mensurar la prevalencia.

Para la detección de consumo problemático de alcohol se utilizó el test Raps 4. El cuestionario RAPS fue refinado y limitado a cuatro ítems (RAPS4) y, posteriormente, probado en distintos contextos de urgencias donde demostró tener un buen rendimiento en los subgrupos de género y etnia. Una respuesta positiva a cualquiera de las cuatro preguntas se considera como resultado positivo para establecer la probabilidad de consumo problemático.

Para la detección de consumo problemático de drogas se utilizó el Dast 10. Este cuestionario sirve para detectar la drogadicción o para evaluar la necesidad de tratamiento para la drogodependencia. En el test se entiende por uso de drogas al consumo de: cannabis, marihuana, tranquilizantes, benzodiazepinas, cocaína, anfetaminas, opiáceos, heroína, morfina, metadona o alucinógenos. Este test también tiene en cuenta el consumo de medicamentos psicotrópicos recetados con fines distintos a sus indicaciones terapéuticas o en cantidades distintas a las prescritas por el médico.

DAST-10 no tiene en consideración el consumo de alcohol. Las preguntas buscan identificar trastornos psicológicos y médicos por causa del consumo de sustancias y reconoce 4 niveles de riesgo. Se otorga un puntaje de 1 (uno) cuando la respuesta es “Si” (excepto por la pregunta 3 que se le da un puntaje de 1 a la respuesta “No”) y la respuesta “No” recibe un puntaje de 0 (cero).

Puntaje	Grado de problema por consumo de drogas	Acción
0	No reporta problemas	Nada en este momento/Prevención
1-2	Nivel bajo	Monitoreo/Reevaluar
3-5	Nivel moderado	Mayor investigación
6-8	Nivel sustancial	Evaluación y diagnóstico
9-10	Nivel severo	Evaluación y diagnóstico

Tabla 2. Interpretación del Test Dast-10.

Además de los test descriptos, se agregaron 2 preguntas para relevar la percepción de ausentismo laboral por causa del consumo problemático de sustancias, y para seleccionar drogas legales sin prescripción médica e ilegales que consumieron en el último año.

Resultados

Se recabaron 563 cuestionarios de las urnas colocadas en los ficheros de la base central y de las sub bases de la empresa.

Se descartaron 43 cuestionarios por evidentes faltas de comprensión de las consignas. La muestra quedó establecida en 520 individuos. Todos de sexo masculino, ya que, si bien la proporción de mujeres en la empresa es extremadamente baja, ninguna de ellas completó y entregó la encuesta.

Considerando que los trabajadores más jóvenes de la muestra tienen 19 años y los mayores 69, se dividió arbitrariamente a la muestra aproximadamente en la media (menores de 45 años/ mayores o iguales a 45 años). El objeto de esta división fue observar si determinados problemas se asociaban a un grupo etario por sobre el otro.



Gráfico 1. Prevalencia del consumo de alcohol.

Respecto al alcoholismo, 210 de los encuestados respondieron positivamente entre 1 y 4 de las preguntas del test Raps 4. Consume alcohol un 40% de la muestra.



Gráfico 2. Distribución de consumo alcohólico por edades.

De los menores de 45 años, 10 contestaron positivamente a las 4 preguntas del test, 30 contestaron positivamente 3 preguntas, 20 2 preguntas, y 80 solo a una de las preguntas.



Gráfico 3. Respuestas positivas al test Raps 4 en menores de 45 años.

Los individuos de 45 años o más contestaron positivamente 2 preguntas en 60 casos, y 1 pregunta en 10 casos. De estos datos se infiere que existe mayor riesgo de consumo problemático de alcohol en los menores de 45 años.



Gráfico 4. Respuestas positivas al test Raps 4 en individuos de 45 años o más.

De acuerdo a los resultados observados, se puede inferir que el consumo problemático de alcohol presenta situaciones más complejas en menores a los 45 años.

Respecto al tabaquismo, 65 (12,5% de la muestra) son exfumadores y 145 (28% de la muestra) son fumadores activos.

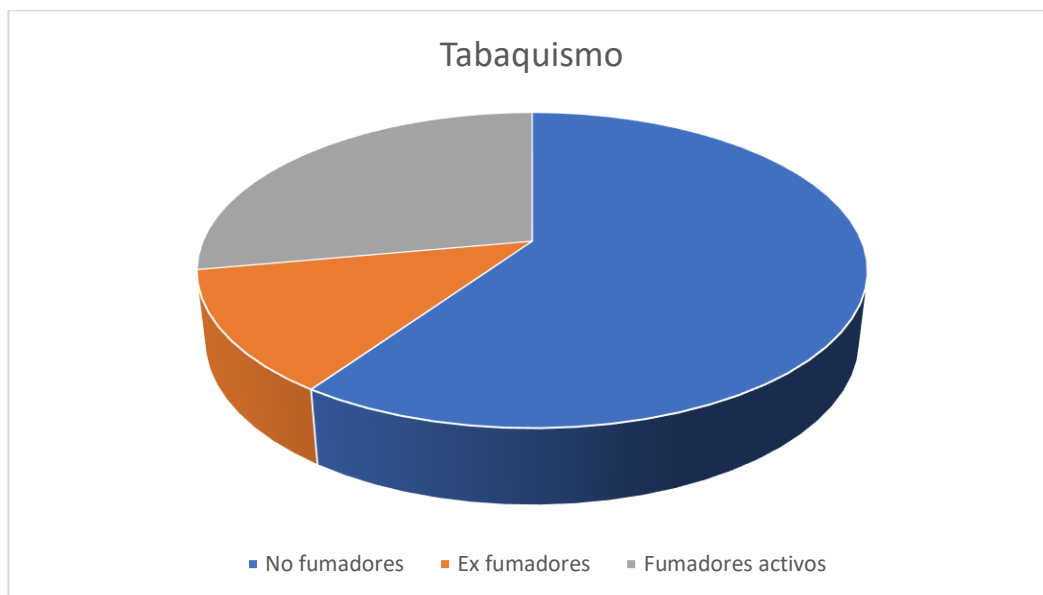


Gráfico 5. Distribución por hábito tabáquico.

De los ex fumadores, 30 tienen 45 años o más y 35 son menores a 45 años.



Gráfico 6. Distribución etaria de ex fumadores.

De los 145 fumadores activos, 85 son menores a 45 años y 60 tienen 45 años o más. En el grupo de mayor edad, 5 fuman el primer cigarrillo antes de los 15 minutos de despertarse y 15 fuman más de 20 cigarrillos por día. En el grupo de menor edad son 15 quienes fuman su primer cigarrillo antes de los 15 minutos del despertar, y son 15 quienes fuman más de 20 cigarrillos diarios.

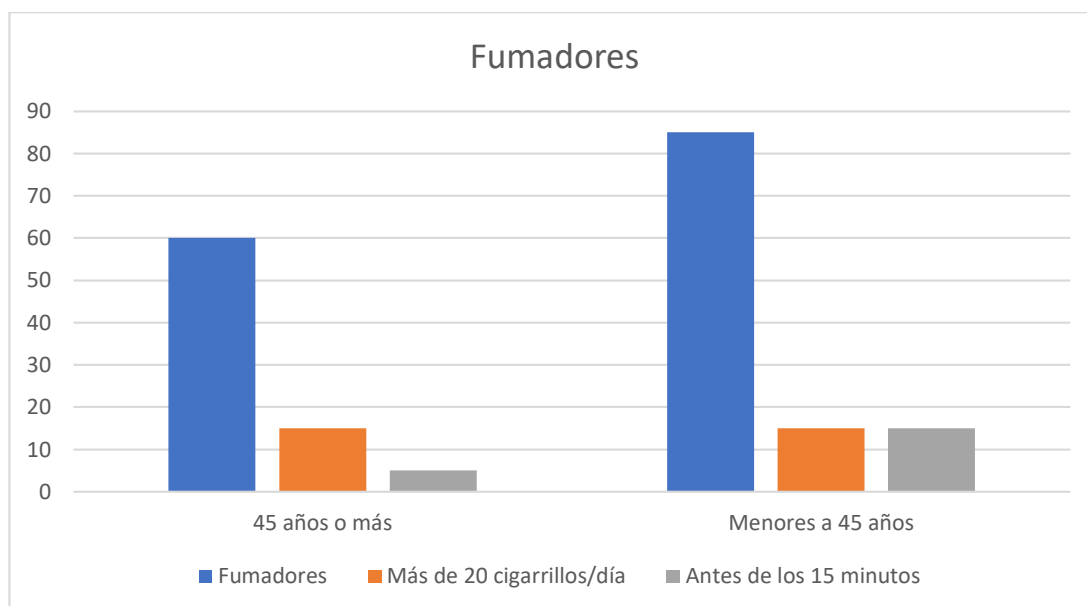


Gráfico 7. Distribución de fumadores por grupo etario.

De acuerdo a lo observado, si bien es mayor el número de fumadores en el grupo de los menores a 45 años, no hay diferencia en cuanto a la cantidad de individuos que fuman más de 20 cigarrillos por día entre ambos grupos etarios.

Respecto a las drogas, se utilizó el test Dast 10.

32 de los encuestados respondieron afirmativamente a 1 o más preguntas del test.

6 de edad igual o mayor a los 45 años y 26 menores a los 45 años. La mayor cantidad de respuestas que suman 1 punto, ocurrió en 2 pacientes mayores a 45 años. Estos 2 encuestados fueron los únicos que respondieron afirmativamente a la consulta sobre el ausentismo laboral a causa del consumo problemático de sustancias.

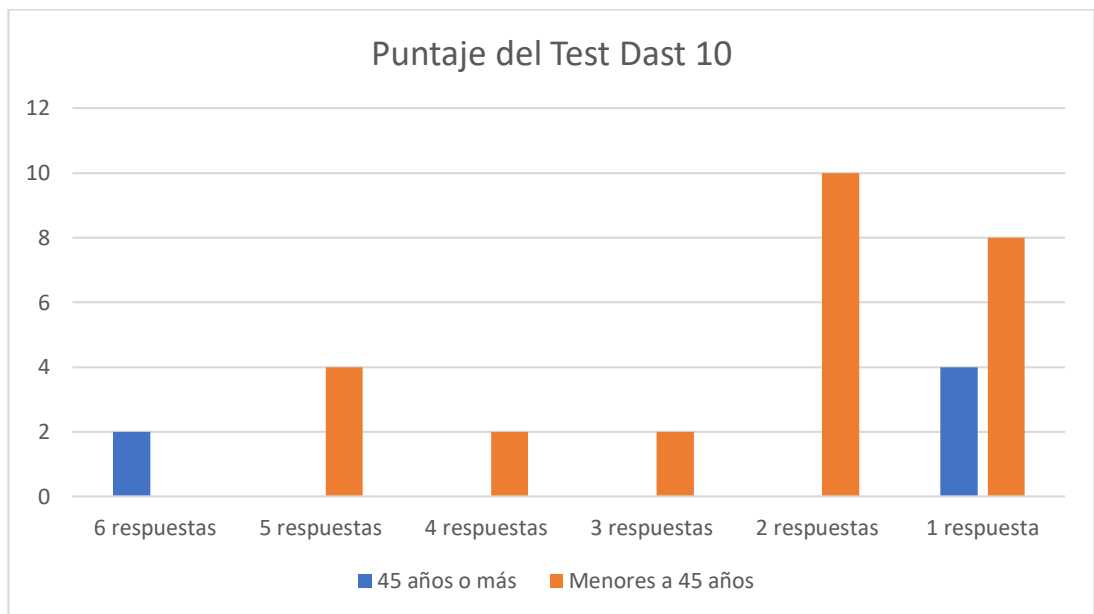


Gráfico 8. Distribución de respuestas que suman puntos en el Test Dast 10, discriminadas por grupo etario.

De acuerdo al cuadro de interpretación del Dast 10, 2 encuestados presentan un nivel sustancial de consumo de sustancias, 8 un nivel moderado, y 22 un nivel bajo.

Respecto a las drogas consumidas en el último año, 20 refieren haber consumido marihuana, 8 cocaína, 4 ácido lisérgico, y 2 solventes.

En muchos casos un mismo individuo refirió haber consumido varias de las sustancias mencionadas.

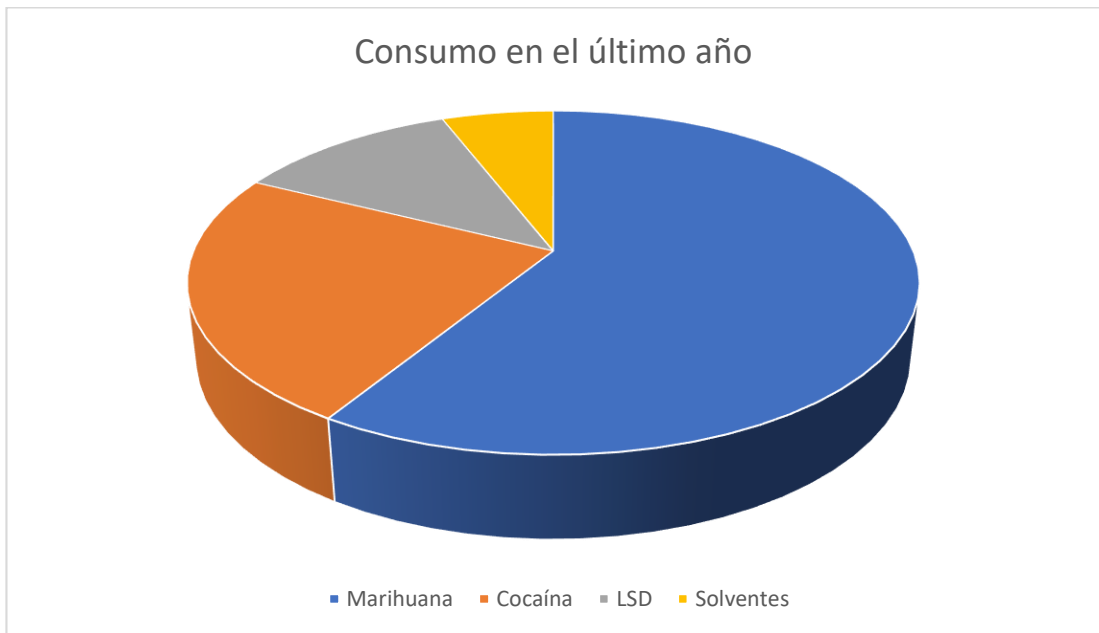


Gráfico 9. Distribución de drogas psicoactivas consumidas en el último año.

En cuanto al consumo de drogas legales sin prescripción médica, 185 manifestaron haber consumir analgésicos y antibióticos durante el último año.

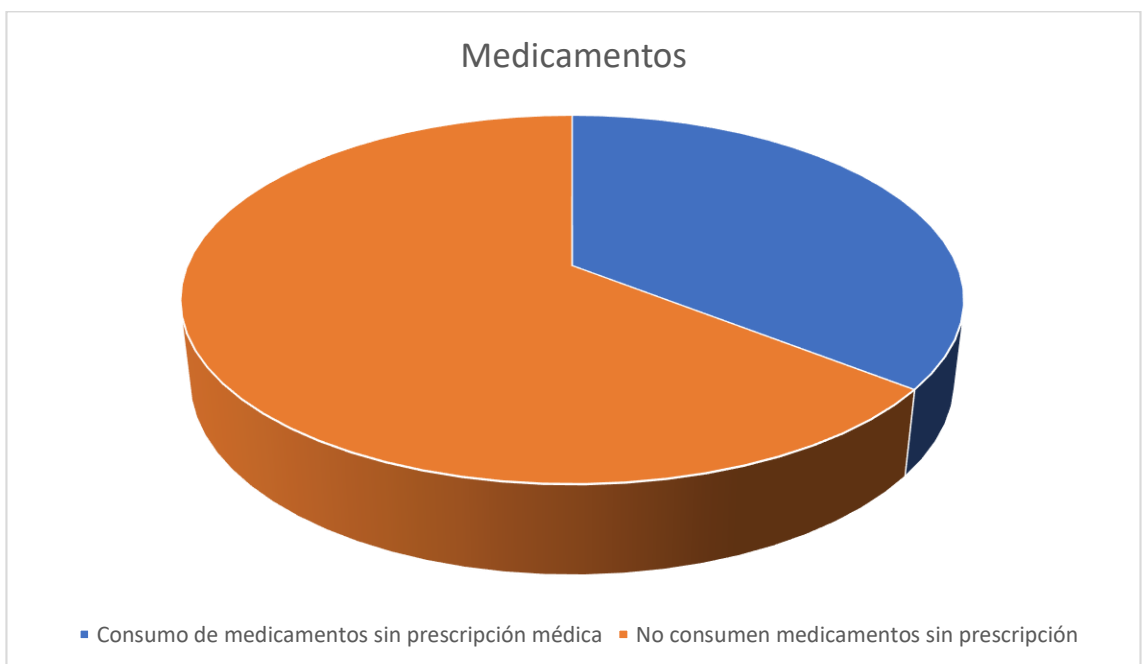


Gráfico 10. Consumo de medicamentos sin prescripción médica.

De los 185 trabajadores que refirieron haber consumido medicamentos sin prescripción médica, 85 tenían 45 años o más, y 100 tenían menos de 45 años.

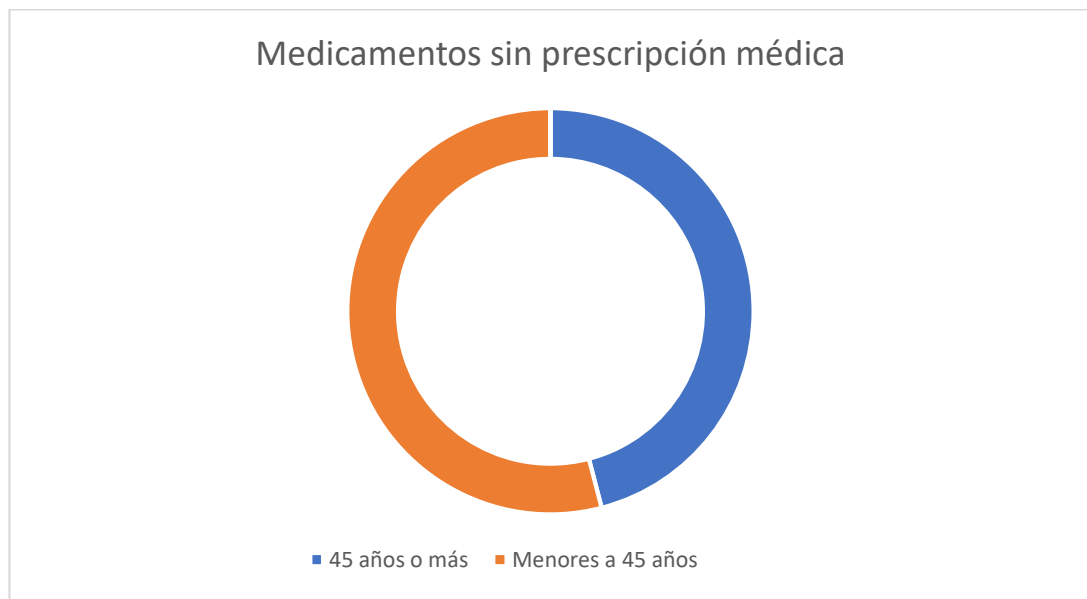


Gráfico 11. Distribución por grupos etarios entre consumidores de medicación sin prescripción médica.

CONCLUSION

En este trabajo se ha hecho hincapié en la problemática de abuso de sustancias en trabajadores de una empresa de higiene urbana.

En base a los datos recabados, se observa que el consumo de alcohol se presenta con mayor severidad en el grupo etario de los menores a 45 años, de acuerdo a las respuestas obtenidas en el test Raps 4.

Respecto al tabaco, se aprecia que su consumo atraviesa todos los grupos etarios y, en algunos casos, la magnitud de la adicción es relevante.

El consumo de medicamentos sin prescripción médica se halla ampliamente extendido, por lo que también se constituye en un tema a abordar en las capacitaciones del personal. Es necesario generar conciencia para el uso racional de analgésicos y de antibióticos, que han sido los grupos farmacológicos más seleccionados en este punto de la encuesta.

Finalmente, las drogas ilegales son también una problemática presente en este universo poblacional. En algunos casos, por escritos al margen realizados por los trabajadores en la encuesta, se cristalizó la idea de muchos de ellos de que la marihuana no es una droga y que su consumo es inocuo.

Más allá de los resultados obtenidos, se debe tener presente que, pese a las charlas explicativas dadas con anterioridad a la entrega del cuestionario, la temática del mismo resultó estigmatizante para una gran cantidad de trabajadores. Esto, probablemente, disminuyó el número final de participantes, y, posiblemente, produjo reticencia y ambigüedad a la hora de responder.

Dado que el Servicio Médico con el aval del Departamento de Salud e Higiene de la empresa fue el encargado de llevar adelante esta investigación, es posible que los trabajadores se hayan sentido amedrentados. Por esta razón es probable que una cantidad de trabajadores con esta problemática no hayan respondido, o lo hayan hecho ocultando información, a los fines de no exponerse.

Más allá de esta salvedad, los resultados alcanzan para demostrar que la problemática del consumo de sustancias atraviesa al conjunto de los trabajadores y es necesario plantear estrategias para prevenirlas y tratarlas en forma integral.

Considero que la formación de operadores laborales en prevención de adicciones puede ser una estrategia adecuada, tal como lo afirma el Dr. Ernesto Eduardo González.

Este operador, capacitado y formado, opera sobre el control de la demanda, preventivamente, educativamente, con una tarea clave de apoyo, contención, orientación y derivación a centros especializados.

El CAPLA (Centro Argentino de Prevención Laboral en Adicciones) considera al espacio laboral como un importante escenario desde el cual desarrollar intervenciones, actuaciones, programas dirigidos a la prevención del consumo de drogas, trabajados con y desde el mismo operador laboral, encargado de ejecutar y articular distintas actividades. Siendo, de esta forma, la prevención más eficaz, continua y coherente con la promoción y fortalecimiento de los factores de protección frente a los factores de riesgo. Los operadores laborales, entonces, habiendo recibido la correspondiente capacitación, estarían en condiciones de potenciar y desarrollar factores de protección frente al consumo de drogas legales e ilegales en los trabajadores.

Más allá de la necesaria formación específica que deberá tener el equipo médico (médicos y enfermeros) de la empresa, la formación de operadores laborales surgidos de los trabajadores puede resultar la clave para alcanzar la confianza de los mismos. Debe ser política de la empresa favorecer la comunicación personal, la integración grupal y facilitar propuestas de ocio saludable.

De esta manera, el Servicio Médico de la empresa puede actuar como un Centro Preventivo Laboral (CPL), tal como lo describe el Dr. Eduardo González. Un CPL es un organismo público o privado que se dedica a la promoción de la salud y a la prevención del uso indebido de alcohol y otras drogas en los lugares de trabajo. Entre sus actividades estarían:

- Realizar diagnósticos de situaciones laborales.
- Diseñar, planificar y desarrollar con la comunidad laboral actividades preventivas dirigidas a los distintos sectores que la conforman.
- Identificar factores de riesgo en el ámbito laboral.
- Generar espacios de reflexión y profundización del conocimiento respecto de la problemática de consumo de drogas.
- Brindar información y orientación a los trabajadores sobre los riesgos sanitarios y ocupacionales asociados con el consumo de alcohol y otras drogas y sus consecuencias.
- Informar acerca de la red de asistencia local y cercana al lugar de trabajo y realizar la derivación a los centros de asistencia, en los casos que así se requiera.
- Ser nexo de coordinación con las entidades intermedias y ONG de su territorio.

El objetivo central del Centro Preventivo Laboral es el logro de un lugar laboral libre de adicciones, protegiendo y potenciando al empleado, su familia y por ende a la comunidad. Esta acción involucra:

- Directorio y áreas gremiales.
- Servicios de Medicina Laboral.
- Área de Personal y Relaciones Laborales.
- Área de Higiene y Seguridad Laboral.
- Supervisores y delegados gremiales.
- Gremio/s.
- Trabajadores.

- Centro especializado de la localidad o región.

Además, y siguiendo las recomendaciones de la OIT, se deberá mantener el carácter estrictamente confidencial y en forma permanente en registros médicos empresariales, exámenes psicofísicos y registros de personal.

Se deberá elaborar una actuación de prevención de adicciones por escrito para toda la empresa. Esta será una declaración formal de la empresa, de su compromiso con respecto al problema del alcohol y otras drogas. Y deberá tener el respaldo de los representantes de los trabajadores.

Se deberán llevar a cabo diferentes actividades como:

- Campañas gráficas: carteles, folletos, material audiovisual.
- Jornadas informativas: Campañas de capacitación.

Bibliografía

- (1) Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Consumo problemático de drogas con impacto en el ámbito laboral; Buenos Aires; 2014.
- (2) González, Ernesto Eduardo; Tratado sobre prevención laboral en adicciones. Enfoques y aportes multidisciplinarios; Eudeba; 2013.
- (3) Marchant/Monchablon Espinoza; Tratado de Psiquiatría; Tomo 1, capítulo 50; Grupo Guía; 2005.
- (4) Patitó, José; Tratado de Medicina Legal y Elementos de Patología Forense; Novena Parte, Capítulo VII; Editorial Quorum; 2003.
- (5) Baistrochi/Fernández Labriola; Manual de adicciones; Editorial Gabas; 2004.
- (6) Covelli, Pasquariello, Parera; Manual de Medicina Legal y Deontología Médica; capítulo 28; Grupo Guía, 2° edición; 2016.
- (7) Innamoratto/Aquaviva/Canavessi/Ruíz; Consumo de drogas, prácticas delictivas y vulnerabilidad social; Ediciones SAIJ; 2° edición; 2018.
- (8) Curci; Toxicología; capítulo 3; Editorial Lopez; 2° edición, 1994.
- (9) Marchant/Monchablon Espinoza; Tratado de Psiquiatría; Tomo 1, capítulo 51; Grupo Guía; 2005.
- (10) Organización Mundial de la Salud. Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. 2004 ISBN 92 4 59124 X.

Apéndice

Cuestionario para los trabajadores

EDAD

SEXO

Debido a que el uso de las drogas, el alcohol y el tabaco pueden afectar su salud, se le harán preguntas sobre su uso. Por drogas se incluyen tanto los medicamentos (tranquilizantes, analgésicos) como los solventes y las drogas ilegales (marihuana, cocaína, paco, metanfetamina, heroína, ácido lisérgico, etc.). Este cuestionario es anónimo y tiene como fin conocer la prevalencia de los problemas de consumo de sustancias psicoactivas y considerar programas de concientización sobre esta problemática.

Respecto a este último año:

- 1) ¿Ha tenido un sentimiento de culpa o remordimiento después de beber?
SI/ No

- 2) ¿Alguna vez un amigo o familiar le contó cosas que usted dijo o hizo mientras bebía, y que usted no podía recordar?
Sí/ No

- 3) ¿Ha fallado en hacer lo que normalmente se esperaba de usted, a causa de la bebida?
Si / No

- 4) ¿Ha tomado alguna vez una bebida alcohólica al despertarse?
SI/ No

- 5) ¿Fuma tabaco?
Si/ No / Soy ex fumador

- 6) ¿Cuántos cigarrillos al día?
0/ 1-10/ 11-20/ Más de 20

- 7) ¿Cuántos minutos pasan desde que se despierta hasta que enciende el primer cigarrillo?
No Fumo/ 0-15/ 15-60/ Más de una hora
- 8) ¿Ha consumido algún tipo de droga sin prescripción médica?
SI/ No
- 9) ¿Ha consumido más de una droga (legal o no) al mismo tiempo?
SI/No
- 10) ¿Es capaz de dejar de consumir drogas siempre que quiere?
Si/No
- 11) ¿Ha tenido pérdidas de memoria, desvanecimientos o le han aparecido *imágenes del pasado* como resultado del consumo de drogas?
Si/No
- 12) ¿Alguna vez se ha sentido mal consigo mismo o culpable por usar drogas?
Si/No
- 13) ¿Su pareja o sus familiares suelen quejarse de su consumo de drogas?
Si/No
- 14) ¿Ha desatendido a su familia por el consumo de drogas?
Si/No
- 15) ¿Ha realizado alguna actividad ilegal para obtener drogas?
Si/No
- 16) ¿Ha notado síntomas de abstinencia o se ha sentido enfermo cuando dejó de tomar drogas?
Si/No

17) ¿Ha tenido problemas de salud (pérdida de memoria, hepatitis, sangrado, convulsiones, etc.) por el consumo de drogas?

Si/No

18) ¿Ha tenido días de baja laboral por enfermedad o por accidentes a causa del consumo de drogas?

Si/No

19) Si corresponde, señale la o las drogas que haya consumido en el último año. En el caso de los medicamentos recetados, sólo debe seleccionarlos cuando los haya consumido sin indicación médica o excediéndose de las instrucciones médicas.

a) Analgésicos AINE (Diclofenac, Paracetamol, Ibuprofeno, Meloxicam)

b) Analgésicos Opioides (Tramadol, Codeína)

c) Antibióticos (Amoxicilina, Cefalexina, Ciprofloxacina)

d) Sedantes/Ansiolíticos (Diazepam, Clonazepam, Alprazolam)

e) Solventes o pegamentos

f) Marihuana

g) Cocaína

h) Pasta Base de Cocaína (Paco)

i) Metanfetamina (Éxtasis)

j) Alucinógenos (Ácido lisérgico o LSD)

k) Narcóticos (Heroína)