



IPAP
INSTITUTO PROVINCIAL DE
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
DEL CHACO

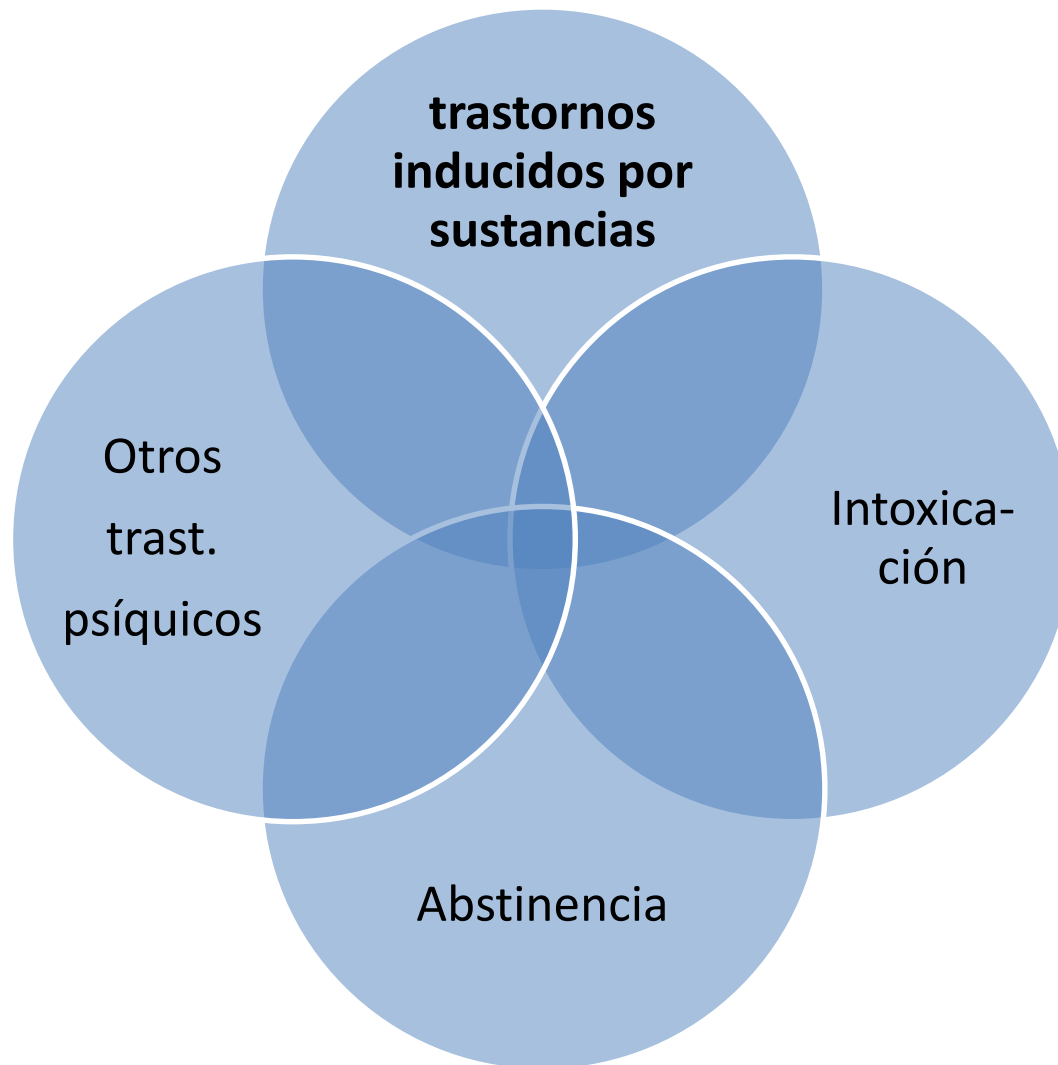
TRASTORNOS INDUCIDOS POR SUSTANCIAS



TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

Trastornos por consumo de sustancias

Trastornos inducidos por sustancias



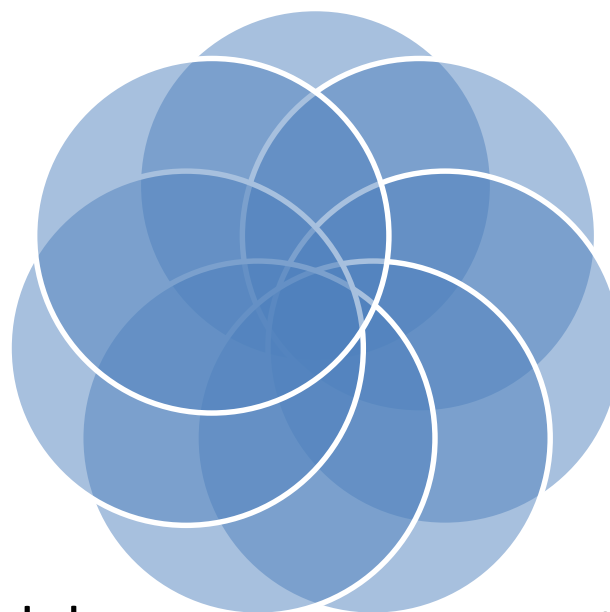


delirium
inducido

trastorno del
sueño
inducido

demencia
persistente

disfunción
sexual
inducida



trastorno
mnésico
inducido

trastorno del
estado de
ánimo inducido

trastorno
psicótico
inducido



Intoxicación

- cuando los síntomas son los esperados para el efecto fisiológico directo de la sustancia
- son autolimitados
- y su relación tiene relación con la permanencia de la sustancia en el organismo



SÍNDROMES INDUCIDOS POR SUSTANCIAS

★ La sustancia desencadena una reacción cerebral que se extiende temporalmente más allá de los efectos directos esperados.

★ Consideramos cuatro vidas medias para que el paciente ya no presente el síndrome correspondiente a la intoxicación.



VIDA MEDIA

- Cocaína: 60 a 120 min
- Marihuana: 25 a 36hs
- Anfetaminas: 16 a 30hs
- Éxtasis: de 4 o 5 hs
- LSD es de 3 hs



EXPRESIONES CLINICAS

Guarda relación cuantitativa con los efectos directos de la sustancia

Las que generan ansiedad pueden producir ataques de pánico

las que alteran la conciencia pueden producir delirium

las que producen alucinaciones pueden inducir psicosis

las que producen inhibición psicomotora pueden producir catatonia, etc.



Mantienen una relación temporal con la intoxicación o la abstinencia.

Por definición ocurren dentro del mes de la misma.

Habitualmente inician con la intoxicación o 24-48hs después.

Tener en cuenta que distintas causas pueden provocar el síndrome (reacción cerebral exógena)



Síndrome de excitación psicomotriz (EPM)

- Signos de excitación psíquica (alteración del curso del pensamiento, debilitamiento o pérdida de la intencionalidad del pensamiento, alteración del lenguaje)
- Actitud (paranoide o querellante)
- Con o sin delirios o alucinaciones



- Signos de excitación motriz:
 - Inquietud
 - Agitación
 - incremento de movimientos reactivos
 - debilitamiento o pérdida de la intencionalidad de la conducta
 - violencia o signos de violencia inminente
- Juicio desviado.



La EPM puede presentarse en diversos cuadros:

Psiquiátricos (esquizofrenia, manía)

Médicos (hipertiroidismo, psicosis lúpica, etc)

Neurológicos (epilepsia, traumatismos, tumor, hematoma, etc)

Ante cualquier alteración del nivel de la conciencia (obnubilación, hipoprosexia y desorientación) hacer diagnóstico de delirium.



Sustancias relacionadas: intoxicación por estimulantes, alucinógenos y alcohol. Abstinencia de depresores.

Delirium agitado fatal por cocaína: complicación poco frecuente en algunos pacientes cocainómanos crónicos de la intoxicación aguda de cocaína (sin sobredosis)

- Excitación psicomotriz gravísima con hipertermia y fallo sistémico multiorgánico a la manera de la catatonía letal.
- Los casos de muerte reportados ocurrieron en la vía pública
- un factor agravante es el intento de sujeción sin sedación por no reconocerse el cuadro.



DELIRIUM (síndrome confusional):

Alteración del nivel o claridad de la conciencia

hipoprosexia

desorientación témporoespacial

Alucinaciones y Delirio

Lenguaje incoherente.

Juicio alterado.

Puede estar excitado (EPM con alteración de conciencia) o inhibido (estupor).

Curso fluctuante, con empeoramiento al atardecer.



Puede presentarse en diversos cuadros:

- ❖ médicas (infecciones)
- ❖ neurológicas (epilepsia, traumatismo, encefalitis)
- ❖ demencias (déficit cognitivo con conciencia clara y euprosexia).
- ❖ No existen causas psiquiátricas de delirium.

Sustancias relacionadas:

intoxicación de sustancias que alteren el nivel de conciencia

(hipnosedantes, alcohol, alucinógenos, especialmente los anticolinérgicos)

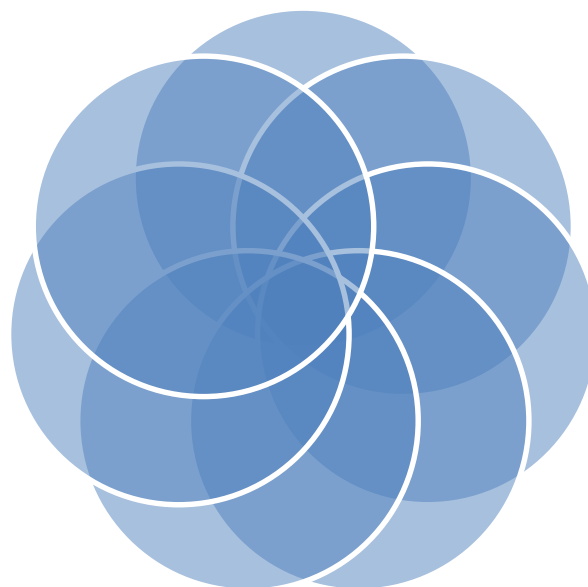


EPISODIO
PSICÓTICO
(psicosis toxica):

Con o sin
excitación
psicomotriz.

Sin alteración
de conciencia

Juicio desviado



Ideas delirante

Alucinaciones

Pensamiento
desorganizado o
incoherente



Tienden a mantener una relación cuantitativa con los síntomas psíquicos propios de la intoxicación de la sustancia implicada.

Síntomas paranoides en intoxicaciones por cocaína o anfetaminas

Alucinaciones prominentes y floridas de diferentes modalidades con consumo de alucinógenos

Desorganización del pensamiento y la conducta asociados con ketamina, tolueno.



Debe distinguirse de psicosis primaria o psicosis debida a enfermedad medica.

Sustancias relacionadas:

intoxicación por estimulantes (cocaína, anfetaminas),
ketamina,
alucinógenos (LSD, MDMA),
anticolinérgicos (brugmasia, trihexafenidilo,
biperideno).



SÍNDROME DE ANSIEDAD INDUCIDO POR SUSTANCIAS:

Síntomas psíquicos (angustia, temor a morir o sufrir enfermedad grave)

Síntomas somáticos (palpitaciones, sensación de falta de aire, parestesias, sudoración, etc).

Signos motores (inquietud).

La conducta no se desorganiza ni pierde la intencionalidad.

Juicio conservado.



- La ansiedad puede ser desorganizada o difusa o paroxística como en los ataques de pánico.
- Distinguir de la acatisia o ansiedad primaria o secundaria a enfermedades médicas.
- Sustancias relacionadas:
 - estimulantes (cocaina, anfetaminas),
 - alucinógenos (LSD, MDMA)
 - anticolinérgicos como brugmasias, trihexafenidilo y biperideno) cannabis.



SÍNDROME DE INHIBICIÓN PSICOMOTORA.

SÍNDROME CATATÓNICO:

Presentación: Mutismo, aquinesia, negativismo, postura, muecas, rigidez.

Distinguir de causas medicas, neurológicas, farmacológicas (neurolepticos), psiquiátricas (psicosis endógenas), depresión (lo central es el animo triste y lo secundario es la inhibición psicomotriz).

Sustancias relacionadas: cocaína, anfetaminas y ketamina



SÍNDROME DEPRESIVO:

Presentación: Tristeza, anhedonia, hipobulia, ideas de muerte.

Si los síntomas son inducidos tienden a remitir en corto plazo.

La tasa de suicidios en pacientes drogadependientes es 12 veces mayor que en la población general.

Distinguir de depresión primaria, otras enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia y la esquizoafectiva, autoagresión deliberada no fatal (trastorno de personalidad).

Sustancias relacionadas: anfetaminas, cocaína (depresión postconsumo) intoxicación alcohólica.



PROBLEMA DE LAS ALTERACIONES DE LA CONDUCTA, RELACIONADO
CON ABSTINENCIA EN PACIENTES ADICTOS:

ESTA PRESENTACIÓN NO CORRESPONDE A LA CONCEPTUALIZACIÓN
DE TRASTORNOS INDUCIDOS.

No son reacciones cerebrales desencadenadas por sustancias.

Lo desarrollamos porque hay que distinguir estas conductas con los
trastornos inducidos.

La presentación de conductas violentas no es sinónimo de
excitación psicomotriz.



Conductas disruptivas asociadas al craving (conductas de fuga, heteroagresión)

Además de la abstinencia física (específica para cada sustancia con sintomatología opuesta a los efectos de la sustancia) existe la abstinencia psíquica (común a todas las sustancias).

Caracterizada por un estado emocional negativo (disforia, malestar, ansiedad y dificultad para regular las emociones) y craving (deseo intenso de consumir).



El malestar por ausencia de lo deseado será procesado por cada sujeto según su personalidad de base.

Las personas que presentan con mayor frecuencia conductas disruptivas asociadas al craving

rasgos de impulsividad

baja tolerancia a la frustración

búsqueda de novedades

toma de riesgos

disfunciones ejecutivas (corteza frontal)

trastornos de personalidad del tipo antisocial o psicopatía



No hay pérdida de la intencionalidad de la conducta

No hay alteración de conciencia ni psicosis. Juicio conservado

Craving



estado emocional negativo



personalidad de base



reacción conductual asociada a la abstinencia.