Descargado el: 8-11-2026 ISSN 1727-897X

FOLLETO

Guías para el diagnóstico y tratamiento de las principales drogas de abuso.

Guides for the diagnosis and treatment of the main drugs of abuse.

Rolando T. Espín González[1] Eidy Rodríguez Herrera[1] Bárbara Lucía Cabezas Poblet[2] María M. Caro Mantilla[3]

[1] Hospital Provincial Universitario ¨Dr. Gustavo Aldereguía Lima¨, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[2] Universidad de Ciencias Médicas, Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Raúl Dorticós Torrado”, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100
[3] Servicio de Deshabituación Alcohólica y otras drogas, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Espín-González R, Rodríguez-Herrera E, Cabezas-Poblet B, Caro-Mantilla M. Guías para el diagnóstico y tratamiento de las principales drogas de abuso.. **Medisur** [revista en Internet]. 2007 [citado 2026 Nov 8]; 1(3):[aprox. 20 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/34

Aprobado:

Correspondencia: Rolando T. Espín González. editorial@jagua.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales problemas que afecta a la sociedad hoy y causa gran preocupación entre los ciudadanos, es el relacionado con el mundo de las **drogas**.

Se ha dicho que drogas y drogados son tan antiguos como la humanidad, aparecen referencias acerca de ello en todas las civilizaciones. Dos son los patrones de consumo de drogas psicotrópicas que aparecen en las distintas culturas: uno está relacionado con tradiciones religiosas y pautas culturales de cada pueblo, en cuyo caso la droga está vinculada con los tipos de cultivo, con ceremonias en las que participa el conjunto de la comunidad. El otro está signado por épocas de crisis, de decadencia de los imperios, de guerras, momentos en los que la droga fue utilizada con fines hedonistas, o de evasión, y se convirtió en un valor de cambio y objeto de explotación comercial. Su consumo se restringía a grupos marginales y a la clase dirigente.

China fue la nación más afectada por el consumo de opio, debido a una guerra en el siglo antepasado, durante la Primera Guerra Mundial dicha droga invadió Occidente .

El hachis, conocido por los persas en el siglo VI antes de nuestra era (a.n.e) como bebida de los dioses y de los demonios, es adoptada por la corte persa en 1647 con fines afrodisíacos.

En nuestros días el ejemplo más claro y común lo tenemos con el consumo de la coca y la cocaína.

El “coqueo” o cocaísmo es el uso masticatorio de la hoja de Erytroxylon coca por los indígenas del altiplano argentino, de Perú, Bolivia, y el sur de Colombia. Es un hábito impuesto por circunstancias locales (geográficas, místicas, raciales, económicas), y responde al primer patrón de consumo citado.

El cocainismo, en cambio, es el consumo de clorhidrato de cocaína por fuera de las pautas culturales de la mayoría de la comunidad, es más propio de las ciudades y entraña un deterioro psicofísico en el toxicómano.

Sin embargo, a partir de 1900 es que se comienza a considerar nocivo el uso de narcóticos en los EEUU. Aún así, la marihuana, que en la década del 60 se volvió la droga ilícita de uso más común en EEUU, fue clasificada como narcótico en 1971. En ese mismo año el abuso de drogas fue considerado “el enemigo público número uno de EEUU” .

La drogadicción a nivel mundial se ha convertido no solo en un problema de salud, sino en un problema social que nos involucra a todos Cuba no escapa a este fenómeno; por su ubicación geográfica sirve como puente para el tráfico de drogas desde los países productores (Colombia, Bolivia, Perú) hacia los países consumidores, entre los que se encuentra el de mayor consumo, los EEUU , además la inserción del turismo como una de las principales fuentes de ingresos económicos al país y la despenalización del dólar han contribuido a la introducción y desarrollo de este flagelo en nuestra sociedad.

Debido a la complejidad del fenómeno, el uso indebido de drogas (UID) debe ser considerado uno de los desafíos de la medicina moderna, en lo que se refiere a la prevención y tratamiento de los problemas clínicos, toxicológicos, neuropsiquiátricos y sociales derivados de su abuso.

La experiencia cotidiana de los profesionales dedicados a su estudio les ha permitido observar cuadros clínicos de enorme gravedad, con fallecimientos asociados a su consumo, ingresos en servicios de psiquiatría, problemas sociales, violencia. La conducta terapéutica ante este flagelo está encaminada a la prevención, tratamiento de la intoxicación aguda, deshabituación y reincorporación a la sociedad.

Hasta hace pocos años, esto no constituía un problema en nuestro país, pero con la inserción del turismo como una de las principales fuentes de ingresos económicos, se ha visto un aumento en el expendio y consumo de drogas.

Como medida emergente, por una directiva del Ministerio del Interior en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Educación, se orientó la capacitación profesional del personal de salud, para la identificación de los grupos de riesgo, así como el tratamiento del paciente intoxicado por el UID.

Dada la repercusión que en los momentos actuales tiene la drogadicción en nuestro país hemos realizado unas guías que estén al alcance de todo el personal médico y sirvan como herramienta práctica, para el manejo adecuado de estos pacientes.

DESARROLLO

PRINCIPALES CONCEPTOS

- *Droga*

Se define como droga a toda sustancia química que, incorporada a un organismo vivo en cantidad suficiente, es capaz de modificar su funcionamiento. Puede ser lícita o ilícita, simple o compuesta, natural o sintética y emplearse para la elaboración de medicamentos, medios de diagnóstico, productos dietéticos, higiénicos, cosméticos y otras formas que puedan modificar la salud de los seres vivientes.

La Organización Mundial de la Salud la define como: Sustancia psicoactiva que, independiente de su origen, modifica la psicología o actividad mental de los seres humanos y que es capaz de estimular, deprimir o contribuir a distorsionar la realidad y generar dependencia psíquica o física; constituye un peligro sanitario o social.

También se define como: Sustancia medicamentosa o no que se utiliza con la intención de actuar sobre el Sistema Nervioso Central para conseguir un mejor rendimiento intelectual o físico, con ganas de experimentar nuevas sensaciones o con la pretensión de modificar el estado psíquico de quien lo toma. Se obtiene autogratificación y se producen efectos dañinos para el sujeto.

- *Uso indebido de drogas (UID)*

Ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado psíquico y a veces físico, resultante de la interacción entre una persona y una droga, caracterizado por conductas que siempre incluyen una compulsión a tomar la droga, cambios psíquicos generalmente placenteros.

La OMS además define el abuso de drogas como el uso excesivo, persistente o esporádico de drogas, no relacionado con la práctica médica aceptable dentro de una cultura dada. Se incluye así la *automedicación* que es la forma más frecuente de *uso indebido de drogas*, con alto riesgo de abuso y posteriormente de adicción o dependencia, aun cuando no se trate de drogas ilícitas.

- *Medicamento o fármaco*

Se le llama así a las drogas cuando son utilizadas en beneficio de la persona para la prevención o tratamiento de enfermedades.

- *Psicotrópico*

Es toda aquella sustancia que tiene acciones sobre el Sistema Nervioso Central y puede modificar el estado afectivo, la conducta, las percepciones o la conciencia de la persona. Estas drogas presentan una mayor probabilidad de generar dependencia.

- *Estupefaciente*

La legislación hace referencia a este término para designar sustancias, drogas y preparados con un sentido netamente jurídico. En general se trata de psicotrópicos sobre los que existe un régimen de fiscalización de las etapas de comercialización, importación, exportación, elaboración, depósito, fraccionamiento, comercio mayorista, despacho al público y aprovisionamiento en medios de transporte.

- *Drogas legales*

Son aquellas que se comercializan libremente o que se expenden en farmacias bajo receta, y cuyo uso es aceptado por la sociedad pese a que el abuso de las mismas provoca trastornos físicos y psíquicos a largo plazo. En estos casos está el alcohol, el tabaco, el café, tranquilizantes y somníferos.

- *Drogas ilícitas*

Son aquellas cuya comercialización, importación, etc., están penadas por la ley.

- *Tolerancia*

Estado de neuroadaptación caracterizado por la disminución de respuesta a la dosis habitual utilizada de una droga, teniendo necesidad de utilizar dosis mayores para obtener los mismos resultados.

- *Dependencia*

Es un síndrome bio-psico-social producido por la interacción de una droga con una persona y su medio y está caracterizada por una conducta de consumo, deseo de interrupción del mismo, hábito de ingesta estereotipado, presencia de tolerancia, conducta de búsqueda y síndrome de abstinencia a la retirada del consumo.

Es el fenómeno por el cual la droga es necesaria para evitar los síntomas desagradables que aparecen con la suspensión de su administración, sean éstos de origen psíquico o físico. Por lo general se asocia con tolerancia, pero no coexisten forzosamente.

- *Dependencia física*

Estado fisiológico alterado al suprimir bruscamente la droga, en el que aparecen trastornos físicos intensos (síndrome de abstinencia agudo) que obligan al sujeto a buscar la sustancia. Al reiniciar el consumo, desaparecen los síntomas.

- *Dependencia psíquica*

Necesidad incoercible que experimenta el sujeto al cesar la administración de la droga, de buscar, obtener y reiniciar el consumo, independientemente del alto costo que ello suscite, sin la presencia del síndrome de abstinencia agudo.

Como puede inferirse, ambos conceptos constituyen los polos de un espectro en cuya zona media se superponen. En la práctica clínica tiende a vincularse la primera con el nivel biológico y la segunda con el impulso y conducta de búsqueda característicos del nivel psicosocial.

La marihuana es un ejemplo de droga que genera dependencia psicológica, fundamentalmente en las primeras etapas de consumo; mientras que en el caso de la heroína, es la dependencia física la más relevante.

- *Drogodependencia*

Uso repetido y voluntario de drogas, compulsado por la necesidad imperiosa física o psíquica de continuar usándolas, la persona busca la droga a cualquier precio. Se afectan sus relaciones sociales.

- *Síndrome de abstinencia o de supresión*

Es el conjunto se síntomas y signos físicos y/o psíquicos desagradables que aparecen cuando se suspende la administración de una droga, o se administra un antagonista de esta, luego que se ha desarrollado dependencia, independientemente de la voluntad del individuo. Puede originar un sufrimiento tal que, de no mediar la asistencia médica oportuna, resulta intolerable y hasta peligroso para la vida de quien lo padece.

- *Body packers (mulas transportadoras)*

Son las personas (generalmente de una clase social muy baja con precaria situación económica) a los cuales se les paga por utilizar su cuerpo para transportar la droga, generalmente utilizan la vía digestiva (ingerida), pero también pueden ser colocadas quirúrgicamente en la cavidad abdominal u otras cavidades del cuerpo.

CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

Por los efectos estimulantes, depresores o distorsionantes de la realidad, o sea sobre el Sistema Nervioso Central, las drogas se clasifican en:

I. Sustancias depresoras o piscolépticas (que deprimen la actividad cerebral)

- Alcohol.
- Hipnóticos: Barbitúricos (Fenobarbital, amobarbital, secobarbital, tiopental).
- Sedantes: Benzodiacepinas (Diazepan, nitrazepan, clorodiazepoxido, midazolan, flunitrazepan).
- Tranquilizantes mayores: Fenoticinas (Levomepromacina y trifluoperazina).

II. Sustancias estimulantes o psicoanalépticas (que estimulan la actividad cerebral)

- Cocaína.
- Anfetaminas.
- Xantinas: Cafeína (Té, Café).
- Tabaco: Nicotina.
- Efedrina.
- Antidepresivos tricíclicos: (Amitriptilina, imipramina, trimipramina, desipramina)

III. Sustancias psicodélicas o psicodislépticas (perturban la actividad cerebral, provocan una forma distinta de interpretar las percepciones)

- Alucinógenos: LSD, éxtasis, mescalina, peyote, psilocibina, datura arbórea)
- Cannabis: Marihuana, hachís y aceite de hachís.
- Inhalantes o disolventes volátiles: Colas, gasolina, éter, acetona, etc).
- Anticolinérgicos: Atropina y escopolamina.

Sin embargo, si partimos de su categoría como sustancias, las drogas se clasifican en:

1. Legales

- Café.
- Té.
- Cola.
- Alcohol.

2. De prescripción médica

- Sedantes.
- Hipnóticos.
- Tranquilizantes.
- Antiparkinsonianos.
- Simpaticotónicos.

3. Ilegales

- Marihuana.
- Cocaína.
- Heroína.
- LSD.
- Anfetaminas de síntesis como el éxtasis.

4. Inhalantes

- Derivados del tolueno presente en pegamentos, disolventes y barnices así como otras sustancias, entre las que se encuentran los combustibles, betunes y descongelantes. Estas sustancias son legalmente comerciables, pero su consumo con fines de drogas es ilegal.

Es bueno destacar que en el grupo de sustancias de consumo ilegal se incluyen las drogas de prescripción médica cuando se utilizan con fines no médicos, a saber:
Morfina, antiparkisonianos, estimulantes, benzodiacepinas y cualquier otra sustancia farmacológica utilizada sin orientación profesional.

PRINCIPIOS GENERALES DE TRATAMIENTO

Las intoxicaciones agudas se caracterizan por ocasionar trastornos funcionales de diversos órganos y sistemas, en no pocas ocasiones constituyen verdaderas emergencias médicas, al comprometerse el funcionamiento de sistemas vitales como el cardiorrespiratorio, etc.

La conducta que se debe seguir en el tratamiento de las intoxicaciones agudas, cualquiera que sea el tóxico, consiste en la aplicación de un grupo de medidas que permitan corregir las alteraciones de las funciones vitales del organismo para preservar la vida del paciente y eliminar lo más rápidamente posible la interacción del tóxico con los órganos blanco, atenuando o corrigiendo los diversos efectos tóxicos.

El tratamiento de toda intoxicación aguda se basa en los siguientes principios:

I. Eliminar lo más rápido posible la sustancia tóxica de la vía de entrada e impedir nuevas absorciones.
II. Eliminar la sustancia tóxica absorbida.
III. Utilizar antídotos para neutralizar o erradicar los efectos producidos por el tóxico.
IV. Tratar las alteraciones de las funciones vitales del organismo así como la terapéutica sintomática del resto de las manifestaciones clínicas.

A continuación desarrollaremos los aspectos básicos que conforman los pilares del tratamiento general de las intoxicaciones.

I. Eliminar el tóxico de la vía de entrada e impedir nuevas absorciones

a) Si el tóxico fue inhalado:

- Retirar al individuo del sitio de exposición y trasladarlo a un lugar ventilado.
- Aplicar respiración artificial y oxígeno si fuera necesario.

b) Si se produjo contacto cutáneo:

- Eliminar las ropas contaminadas y realizar lavado amplio de la piel con agua y jabón.

c) Si se produjo contacto ocular:

- Realizar lavados oculares con agua durante 15 minutos.
- No utilizar antídotos locales, pueden empeorar el cuadro.
- alorar por oftalmología.

d) Si el tóxico fue ingerido:

- Provocar la emesis o realizar lavado gástrico.
- Administrar adsorbentes.
- Administrar catárticos.
- Realizar lavado intestinal.

Emesis

Se puede efectuar en el propio lugar donde ocurrió la intoxicación. El vómito se puede provocar de forma mecánica produciendo depresión de los dos tercios posteriores de la lengua, lo que desencadena el reflejo nauseoso, o empleando sustancias emetizanes como el jarabe de ipecacuana.

Dosis

Adultos: 30 ml.
Niños de 2 a 12 años 15 ml.
Niños de 9 a 12 meses 10 ml.
Niños de 6 a 8 meses 5 ml.

Las dosis pueden repetirse a los 20 minutos si no se ha logrado la emesis. De no ser efectiva en el segundo intento se procederá a realizar el lavado gástrico.

La emesis está contraindicada en:

- Pacientes con disminución del nivel de conciencia o posibilidad de alteración de la misma en los siguientes 20 minutos (cianuros, psicofármacos) por el riesgo de broncoaspiración; si no se tiene una vía aérea segura (intubación endotraqueal).
- Ingestión de corrosivos.
- Estado de shock.
- Estados convulsivos o pacientes con antecedentes de epilepsia.
- Ingesta de sustancias convulsivantes como la estricnina.
- Ingesta de aceites volátiles y derivados del petróleo.
- Crisis hipertensivas.
- Niños menores de 6 meses.
- Estenosis esofágica.

Lavado gástrico

Es bastante efectivo sobre todo cuando se realiza en las primeras 4 horas de la ingestión del tóxico, aunque en las drogas que tienen acción anticolinérgica y retardan el vaciamiento gástrico puede se efectivo por un tiempo más prolongado.

El lavado gástrico se realizará con el paciente en decúbito lateral izquierdo, de esta forma la curvatura mayor del estómago queda en declive y actúa como reservorio, además se elevará el extremo distal de la camilla. En esta posición se introduce la sonda esofágica de Faucher, la cual nunca deberá ser menor de 7 milímetros, con el propósito de extraer restos sólidos. A continuación se aspirará el contenido gástrico y se recogerá en un frasco para muestra del laboratorio de toxicología y después se practicarán los lavados gástricos utilizando entre 250 y 350 ml de agua, los cuales se aspirarán, repitiéndose la maniobra hasta que el agua del lavado salga clara, no se pasarán más de 5 ml/kg de peso corporal en cada enjuague.

En el caso de los niños, deberá utilizarse solución salina en lugar de agua normal para evitar los trastornos electrolíticos.

* Si el paciente se encuentra inconsciente o con nivel de conciencia deprimido se procederá e la intubación endotraqueal antes del lavado gástrico.

Las principales contraindicaciones del lavado gástrico son: la ingestión de cáusticos si han transcurrido más de 20 minutos, ingestión de hidrocarburos, niños menores de 6 meses, depresión del nivel de conciencia en pacientes no intubados y estados convulsivos en pacientes no intubados.

Absorbentes

Son sustancias químicas con afinidad para unirse a los tóxicos a nivel gastrointestinal y formar un complejo tóxico-adsorbente, que no se absorbe y es eliminado con las heces fecales. El más utilizado y considerado como el antídoto universal es el **carbón activado.**

La dosis repetida de carbón activado es capaz de disminuir los niveles plasmáticos de ciertas drogas al propiciar el paso de la sangre a la luz intestinal mediante difusión pasiva en dependencia de un gradiente de concentración, lo cual se conoce como diálisis gastrointestinal. (0,2 – 0,3 gr/kg cada 2 a 4 horas)

Carbón activado

Dosis inicial

1 gr/kg de peso mezclado con agua.

Dosis de mantenimiento

0,2 – 0,.3 gr/kg cada 2 a 4 horas.

Siempre, después de la administración del carbón activado se debe administrar un catártico.

Lo catárticos son medicamentos que aceleran el

tránsito intestinal, lo que dificulta la absorción del tóxico. Comúnmente se utilizan dos tipos, los salinos (sulfato de sodio y sulfato de magnesio) y los osmóticos (sorbitol 1 % y manitol 20 %).

Su indicación básica consiste en administrarlos siempre que se utilice un adsorbente, en intoxicaciones graves y en casos de tóxicos que se absorban lentamente siempre
que no esté anulado el peristaltismo intestinal.

Los más recomendados son los catárticos osmóticos. Los salinos pueden empeorar los trastornos electrolíticos que se pueden presentar en cualquier intoxicación aguda grave, además están contraindicados en pacientes con insuficiencia cardiaca, renal e hipertensión arterial severa.

Sulfato de magnesio o de sodio

Dosis en el niño: 250 mg/kg/ dosis.
Dosis en el adulto: 30 gr en 250 ml de agua.

Puede repetirse a las 2 ó 4 horas si no ha habido respuesta, hasta un máximo de 4 dosis en 24 horas.

Sorbitol 70 %

Dosis en el niño: 0.5 gr/kg/dosis.
Dosis en el adulto: 50 ml .

Manitol 20 %
Dosis en el niño: 0.3 gr/kg/dosis.
Dosis en el adulto: 100 ml.

El lavado intestinal total se realiza cuando se trata de evacuar con rapidez todo el contenido intestinal, administrando suero fisiológico a través de una sonda esofágica, a razón de 1,5 a 2 litros por hora. Pronto aparece una diarrea acuosa y en general a las 3 horas ya no queda materia fecal en la ampolla rectal. Este proceder puede estar indicado en las mulas transportadoras, siempre ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos y con un quirófano preparado para operar de emergencia si fuera necesario, por ruptura de algunas de las cápsulas durante el proceder del lavado intestinal.

II.- Eliminar la sustancia tóxica absorbida

Las sustancias tóxicas pueden ser eliminadas mediante:

1. La gastroenterodiálisis.
2. Métodos de depuración renal (diuresis forzada osmótica neutra, ácida o alcalina).
3. Métodos de depuración extrarrenal (diálisis peritoneal, hemodiálisis, hemoperfusión, plasmaféresis, exanguíneotransfusión).

1. Gastroenterodiálisis (ver dosis repetida de carbón activado).
2. Depuración renal.

Pretende forzar la extracción de un tóxico a través del riñón con el aumento del filtrado glomerular del tóxico (5 -10 ml/minuto), lo cual se consigue con el incremento de la volemia y la disminución de la reabsorción tubular al manipular el ph a dicho nivel.

Para que un tóxico se pueda eliminar por vía renal ha de ser filtrable a través del glomérulo, lo cual requiere que el producto sea de bajo peso molecular, circule poco unido a las proteínas plasmáticas (< 50 %), sea hidrosoluble y tenga volumen de distribución pequeño (< 1 litro/kg de peso).

Es de resaltar que la depuración renal tiene indicación precisa solo en un número limitado de intoxicaciones.

Actualmente se aboga más por la modificación del ph urinario que por la diuresis forzada, ya que se han reportado complicaciones durante este proceder (fallo ventricular agudo, trastornos hidroelectrolíticos) etc.

Pauta para la diuresis forzada osmótica neutra

Restablecer la volemia. Solución salina fisiológica 0,9 % 500 – 1000 ml EV durante 1 hora. Continuar con infusión EV de dextrosa al 5 % o salina fisiológica 0,9 % a razón de 15 ml/kg de peso a pasar en 3 – 4 horas. Administrar infusión de manitol 20 % en dosis de 250 ml (50 gr) a durar 30 minutos en la tercera o cuarta hora de la terapéutica.

Repetir igual dosis cada 8 – 12 horas. Agregar a cada litro de solución parenteral de 10 – 20 mil equivalentes (meq) de potasio o según cifras de dicho electrolito en el
monograma.

Pauta para la diuresis forzada osmótica alcalina

Se procederá de forma similar que en el caso de la diuresis forzada osmótica neutra, excepto en que se adicionará a las soluciones parenterales bicarbonato de sodio al 4 % a razón de 2 meq/kg de peso, de no lograrse la alcalinidad deseada (ph urinario entre 7 – 8,5) administrar bolos EV de bicarbonato de sodio al 4 % en dosis de 0,5 meq/kg de peso.

Pautas para la diuresis forzada osmótica ácida

Una vez corregida la hipovolemia, pasar 100 ml de solución a 1/6 molar de cloruro de amonio EV rápido, la cual puede repetirse pasadas 2 – 3 horas, hasta lograr ph urinario entre 5 – 6,5.

En nuestro medio se prefiere mantener la acidificación de la orina con vitamina C, a razón de 50 mg/kg de peso por día, dividido en 3 a 4 subdosis por vía EV.

El resto de las soluciones a emplear se hará de manera similar a la pauta para la diuresis forzada osmótica neutra.

3. Depuración extrarrenal.

Actualmente existen procederes técnicos que permiten, con medios artificiales, extraer el tóxico de la sangre. Cualquier técnica de depuración extrarrenal puede ser cruenta y capaz de generar iatrogenia.

Entre los factores que justifican emplear alguno de dichos métodos tenemos:

- Intoxicación severa por sustancias dializables.
- Dosis tóxicas elevadas o niveles séricos potencialmente letales.
- Insuficiencia renal.
- Presencia de metabolitos intermedios de mayor toxicidad.
- Progresivo deterioro clínico.
- Intoxicaciones moderadas a graves en pacientes de la tercera edad.

III. Emplear antídotos con el objetivo de neutralizar o erradicar los efectos producidos por la sustancia tóxica.

El antídoto es una sustancia terapéutica usada para contrarrestar la acción tóxica de una droga. Lamentablemente en el mundo se cuenta con muy pocos antídotos para la gran cantidad de tóxicos a los que se expone la población general.

PREVENCIÓN, PROMOCIÓN Y REHABILITACIÓN.

Independientemente de la labor curativa, todos sabemos que otros pilares fundamentales del tratamiento son la prevención, promoción y rehabilitación de las diferentes enfermedades que enfrentamos en nuestra práctica profesional, sin embargo una adecuada política de salud como es la que lleva a cabo nuestro estado, siempre va a priorizar la prevención de los riesgos y la promoción de mejoría en las condiciones de empleo, vivienda, alimentación etc.

La labor de prevención en las drogodependencias reviste especial significación y siempre debe tener un enfoque intersectorial (salud, educación, seguridad social y organizaciones no gubernamentales) pero además con la acción coordinada de todos los organismos y organizaciones tanto estatales, como sociales, culturales, políticos, etc.

De manera que la prevención con enfoque intersectorial estará dirigida a:

1. Satisfacer las necesidades básicas de la población.
2. Disminuir los factores de riesgo (individuales, educacionales, familiares y sociales).
3. Intervención preventiva en la atención primaria de salud.
4. Reducción de la oferta.
5. Reducción de la demanda.
6. Reducción del daño.

Existen objetivos específicos para la prevención en los diferentes niveles:

Niveles de prevención

I. Prevención primaria.

- Reducción de la oferta (disponibilidad de las drogas).
- Control de la demanda (atención de los grupos de riesgo).
- Acciones de promoción de estilos de vida saludables.

II. Prevención secundaria

- Identificación precoz de consumidores abusivos.
- Tratamiento en programas de desintoxicación y deshabituación.

III Prevención terciaria

- Reducción de las consecuencias (defectos residuales del daño).
- Enfatiza la prevención de recaídas.

Etapas del tratamiento del drogodependiente.

1) Desintoxicación

- Libera al paciente de la dependencia física y previene o controla el síndrome de abstinencia (primeros 21 días).
- Puede ser ambulatoria u hospitalaria según la gravedad de cada caso.
- Se utilizan medicamentos, psicoterapia de apoyo y recursos de medicina natural y tradicional.

2) Deshabituación

- Libera al paciente de la dependencia psíquica. Es un proceso largo para condicionar al paciente a vivir sin droga.
- Esencialmente ambulatorio.
- Incluye psicoterapia individual y de grupo. Involucra a la familia.
- Se forman grupos de ayuda mutua.

3) Rehabilitación psicosocial y reinserción en la comunidad.

- Se trata la prevención de recaídas.
- Promueve reaprendizaje del paciente de habilidades perdidas y adquisición de otras nuevas para una mejor interacción familiar, laboral y social.
- Importante red de apoyo familiar y participación comunitaria activa.
- Coordinación intra e intersectorial.

Hemos hecho mención de los grupos de ayuda mutua que en un inicio se formaron con pacientes alcohólicos o neuróticos fundamentalmente pero que en la actualidad se extienden a la atención de todo tipo de drogodependencia, por lo que le llamamos Grupo de Ayuda Mutua Antidrogas (GAMA) y que resultan de gran valor para el seguimiento de los pacientes a partir de la etapa de deshabituación.

De forma breve señalaremos que son grupos de personas que tienen un problema común, el consumo de droga, en el que se incluyen no solo pacientes; sino también familiares y toda persona cercana a estos pacientes, que desee cooperar en su recuperación, favorecen la autorresponsabilidad de sus miembros en los procesos de cambio de conducta hacia el consumo de droga y siempre bajo la asesoría de los miembros del equipo de salud mental del territorio.

Estos grupos, al enfatizar el papel de la comunidad, le garantizan al paciente una adecuada reinserción social y mayor eficacia en la prevención de recaídas como objetivo básico de su rehabilitación, pues nunca debemos olvidar que esta enfermedad tiene una evolución crónica, ya que el toxicómano siempre será toxicómano…. si consume otra vez.

SEÑALES ORIENTADORAS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL CONSUMO DE DROGAS

Indicadores específicos (con posibilidades de presentarse ante cualquier consumo de sustancias que afecten la conciencia y el comportamiento).

1. Cambios en el comportamiento general sin que se evidencien factores ambientales determinantes.
2. Disminución brusca e inexplicable del rendimiento escolar o laboral.
3. Alejamiento del grupo habitual de paraiguales y aparición de amigos “estrafalarios”.
4. Cambios bruscos, inexplicables y fluctuantes del ciclo sueño – vigilia.
5. Descuido de hábitos estéticos e higiénicos.
6. Evidencia de dificultades económicas incomprensibles.
7. Cambios substanciales del estado de ánimo no atribuibles a problemas en el entorno de la persona.

Indicadores específicos que orientan hacia el consumo de marihuana.

1. Sed intensa y frecuente con sequedad de lengua y mucosa oral.
2. Pupilas dilatadas y conjuntivas rojas con intolerancia a la luz (fotofobia).
3. Incremento súbito del apetito.
4. Quemaduras en la cara palmar del índice y el pulgar.
5. Risa inmotivada.
6. Utilización de gafas oscuras, aún en días nublados.
7. Utilización de colirio de pilocarpina.
8. Disminución del interés sexual.

Indicadores específicos que orientan hacia el consumo de cocaína (vía nasal y fumada).

1. Pérdida brusca del apetito.
2. Pérdida brusca del peso corporal.
3. Midriasis.
4. Taquicardia.
5. Aumento y celeridad del lenguaje.
6. Reducción de la necesidad habitual de sueño.
7. Alternancia con somnolencia notable.
8. Secreciones nasales frecuentes (a veces sanguinolentas).
9. Quemaduras en región dorsal del índice y pulgar.
10. Irritabilidad y explosividad injustificada.
11. Pérdidas de objetos de valor en el hogar.
12. Salidas del hogar con ropas de calidad y regreso en short y chancletas.
13. Presencia en la habitación de latas de refrescos abolladas y con agujeros, inhaladores de Intal vacíos o de papel metálico enrollado y con agujeros (pipas rudimentarias)
14. Cucharas quemadas (usadas para aspirar la base libre de cocaína)
15. Presencia de tubos de ensayo en la casa.
16. Provisiones injustificadas de polvo de hornear o bicarbonato de sodio.
17. Gastos exagerados.

En el caso de consumidores por vía endovenosa (EV) el signo cardinal es la utilización de camisas de manga larga para disimular las huellas de flebitis, de aquí la importancia del examen físico integral ante la sospecha de adicciones.

Por otra parte existen ciertas patologías en las que es necesario descartar la posibilidad de drogadicción como son:

- Joven con movimiento coreiforme o parkisoniano.
- Epistasis.
- Convulsiones.
- Neuropatía óptica asociada a sinusitis.
- Pulmón de Crack.
- Crisis hipertensiva transitoria.
- Hemorragia cerebral en jóvenes sin factores de riesgo.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS PRINCIPALES DROGAS DE ABUSO, ASÍ COMO SU TRATAMIENTO.

COCAÍNA



PLANTA DE COCA.

Es el estimulante natural más potente del Sistema Nervioso Central.

Exponentes

1. *Erytroxylum Coca:* Se encuentra en los Andes (Perú), Ecuador, Colombia, Bolivia y menos frecuentemente en México, oeste de la India y la isla de Java. Esta planta es el principal exponente de la cocaína ilícita.
2. *Erytroxylum Novogranatense:* Se puede

encontrar en Colombia, el Caribe, costas del Sur de América y la costa Norte de Perú, la variedad Trujillo es legalmente cultivada en Perú y exportada a la Stepan Chemical Company con propósitos farmacéuticos.



Principales formas de presentación



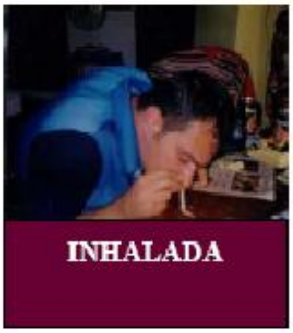


Modalidades de consumo

Mascar coca (coquero), tomar infusión de coca, fumar pasta de coca, inhalación de cocaína, uso endovenoso, frotada en la mucosa oral, etc.









Intoxicación aguda

- **Fase de excitación caracterizada por:**

Euforia, alucinaciones, midriasis, temblores, palidez cutánea, hipertermia, hipertensión, fotofobia, convulsiones tónico-clónicas, hiperreflexia, taquicardia, insuficiencia cardiaca, fallo respiratorio y muerte.

- **Fase de inhibición:**

Ansiedad, apatía, depresión, pérdida de los reflejos, parálisis muscular, coma y muerte.

- **Otros signos y síntomas que ayudan al**

diagnóstico de su consumo crónico:

Pérdida de peso, estado de malnutrición. Presencia de alucinaciones dérmicas caracterizadas por un hormigueo, conocidas como “chincha cocaínica”, en consumidores por inhalación se observa rinitis crónica, erosión y/o perforación del tabique nasal, tos persistente y encías oscuras.

Conducta

Ver principios generales de tratamiento.

Tratamiento sintomático, siguiendo las pautas habituales para cada síntoma.. No tiene antídoto.

En los casos de body packers (mulas transportadoras) la administración de dosis repetidas de carbón activado y catárticos es una indicación precisa. Cuando hay oclusión intestinal, el tratamiento es quirúrgico y requiere siempre ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos.

MARIHUANA



CANNABIS sativa

La Cannabis Sativa es la planta a partir de la cual se obtiene la marihuana, se aprovecha toda la planta (flores, semillas, hojas, tallo y raíz).

El principio activo es el delta 9 tetrahidrocannabinol (THC).

Formas de consumo y presentación:

1. La preparación seca de hojas, flores y pequeños tallos se puede fumar sola en forma de cigarrillos, o mezclada con tabacos.
2. El hachís y el aceite de hachís (que se obtiene de la resina de la planta) se fuma mezclado con tabacos.
3. Infusión.



MARIHUANA



HACHIS



ACEITE DE HACHIS

Intoxicación aguda

Produce euforia, rubor facial, ansiedad, inyección conjuntival, disminución de la hendidura palpebral, alucinaciones (se cree fuerte), sequedad de mucosas (inhibición al esputo),

midriasis, hipertermia, rinitis, faringitis, taquicardia sinusal, hipotensión ortostática, compromiso de la destreza y habilidad motora, palabra arrastrada, desinhibición, alteración de la percepción (aumento de la percepción de estímulos visuales, auditivos, táctiles, gustativos y olfatorios), el aliento y las ropas huelen a fibras textiles quemadas, conducta vigilante al fumar, coloración amarilla de la base de las uñas y los dedos índice y pulgar, entre otros.

Uso prolongado de la marihuana: Aparece fatiga crónica, decoloración de la lengua, edema de la úvula, bronquitis crónica, cáncer de pulmón, amenorrea, infertilidad, impotencia sexual, anomalías congénitas, ataques de pánico, intentos suicidas, demencia, aislamiento social, entre otros.

Conducta

Ver principios generales de tratamiento

Tratamiento sintomático, siguiendo las pautas establecidas para cada síntoma. No tiene antídoto específico.

OPIO Y SUS DERIVADOS. (HEROÍNA)



La fuente del opio es la planta Papaver Somniferun o Adormidera (Amapola) de cuyo fruto se obtiene una secreción lactescente (aspecto lechoso) que contienen los alcaloides.

Los derivados del opio pueden ser naturales, semisintéticos o completamente sintéticos.

- Derivados naturales

Opio, morfina, codeína, tebaína, papaverina, narceína, noscapina, entre otros.

- Derivados semisintéticos

Heroína, dehidromorfina, dehidromorfinona, dehidrocodeinona, dehidroxicodeinona.

- Derivados sintéticos

Alfentanilo, alfaprodine, difenoxilato (reacec), fentanilo, loperamida, meperidina, dextromoramida (palfium), metadona, propoxifeno, pentazocina, naloxona y nalorfina.

Vías de administración

- Nasal.
- Fumada.
- Endovenosa.
- Rectal.
- Sublingual.
- Subcutánea.

Intoxicación aguda

Inicialmente se presenta un estado de euforia, desinhibición con patrones de conducta no habituales, seguido posteriormente de un cuadro de apatía, tristeza y ansiedad, lo que compulsa a la administración de otra dosis.

El cuadro clínico es distintivo por una triada sintomática cuando la dosis es bastante elevada:

1. Depresión del sistema nervioso central hasta el coma.
2. Miosis puntiforme (excepto en sobredosis

de meperidina).
3. Depresión respiratoria que puede llegar al paro respiratorio.

Entre otros síntomas se puede presentar hiporreflexia osteotendinosa, espasmos musculares, hipotermia, bradicardia, hipotensión arterial, shock y muerte por paro cardiorrespiratorio.

En los consumidores crónicos de heroína se presentan punteados de agujas y callosidades en la piel, erosión del tabique nasal y desnutrición.

Conducta

Ver principios generales de tratamiento.

Tratamiento sintomático siguiendo las pautas establecidas para cada síntoma.

Tratamiento antidótico:

◦ Naloxona: (ámpulas de 0,4 mg en 1 ml)

Dosis de inicio en el niño: 0,01 mg/kg de peso cada 2 – 3 minutos. La dosis máxima es de 2 mg. Dosis de inicio en el adulto: 0,4 a 2,4 mg cada 2 – 3 minutos. La dosis máxima es de 10 mg.

Mantenimiento: Infusión de 0,4 a 1 mg/hora.

*** Importante:** Si llegamos a los 10 mg en el adulto y 2 mg en el niño sin respuesta favorable, se debe pensar que la intoxicación no es por opiáceos, o es multifactorial y el opiáceo no juega el papel fundamental.

◦ Nalorfina: (ámpulas de 10 mg en 1 ml)

Dosis: 1 ámpula cada 5 minutos endovenoso. Dosis máxima de 40 mg.

Para su uso, el paciente debe estar intubado, ya que este fármaco es un agonista antagonista y provoca depresión respiratoria.

En los casos de body packers (mulas transportadoras), la administración de dosis repetidas de carbón activado y catártico es una indicación precisa. Cuando hay oclusión intestinal, el tratamiento es quirúrgico y requiere siempre de ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos.

Síndrome de abstinencia: Provocado por la supresión brusca del consumo de opiáceos, alcanza su máxima intensidad en las primeras 48-72 horas, va disminuyendo hasta su desaparición, se caracteriza por ansiedad, excitación, anorexia, hipertermia, mialgias, temblores, aumento de las secreciones a todos los niveles, hiperventilación y convulsiones.

DIETILAMINA DEL ÁCIDO LISÉRGICO (L.S.D)

Es un derivado semisintético del cornezuelo del centeno, que pertenece al grupo de los alucinógenos.

También se le conoce con el nombre de Deleysil, LSD-25, fantasma, el halcón, la bestia, ácido, gotas amarillas, rosadas, azules y sol brillante.

Formas de presentación y consumo

Se presenta en forma de micropuntos en estampillas de múltiples personajes famosos tanto de películas como de dibujos animados (ejemplo, Superman) para consumo oral y nasal, pero también puede presentarse en forma de cápsulas, tabletas, polvo, solución etc.

Intoxicación aguda

Predominan las alteraciones de la percepción visual, la visión se agudiza, se intensifican los colores, los ángulos y la profundidad; las personas y objetos adquieren una dimensión fascinante; los colores se perciben de forma alterada; se produce percepción distorsionada de diferentes partes del cuerpo; el individuo no puede expresarse de forma ordenada verbalmente; se producen alteraciones de la conducta, que van desde la alegría y la ansiedad hasta el miedo intenso, que puede llegar a un ataque de pánico; aumento de la temperatura; convulsiones, labilidad afectiva, distorsión temporal, ilusiones y alucinaciones visuales con colores brillantes; amplificación y distorsión de los sonidos; visiones terroríficas; midriasis importante; hipertensión arterial, temblores, entre otros.

Conducta

Ver principios generales de tratamiento.

Tratamiento sintomático teniendo en cuenta las pautas establecidas para cada síntoma.

No tiene antídoto.

ANFETAMINAS

Las anfetaminas son aminas simpático-miméticas,

 ISSN 1727-897X

las cuales producen fuerte estimulación del Sistema Nervioso Central. En este grupo se incluyen las anfetaminas de síntesis, las cuales son variantes de la molécula de anfetamina que han perdido su indicación terapéutica y en otros casos productos sintetizados ilícitamente con el objetivo de burlar las prohibiciones existentes.



Principales compuestos

De uso médico:

- Anfetamina.
- Metanfetamina.
- Metilfenidato.
- Propilexedrina.
- Fenfluramina.
- Fentermina.

Anfetaminas de síntesis o ilícitas:

- MDA (Droga del amor) 3,4 metilén-dioxi-anfetamina.
- MDMA (Éxtasis) 3,4 metilén-dioxi-metanfetamina.
- MDME (Eva) 3,4 metilén-dioxi-etanfetamina.
- DOM 4 metil-2,5 dimetil-anfetamina.

Formas de presentación y consumo

Se presentan en ámpulas o comprimidos, estos últimos con diversas formas, entre las que se encuentra en forma de corazón, representando el amor, entre otras.

La forma de consumo más frecuente es la vía oral.





Intoxicación aguda

Pueden comenzar con irritabilidad, inquietud, locuacidad, hiperactividad, aumento de la temperatura, de la frecuencia cardiaca y de la tensión arterial, agitación psicomotriz, sequedad de mucosas y llegar a un cuadro grave caracterizado por confusión, delirio, alucinaciones visuales, crisis de pánico, insuficiencia ventricular izquierda con compromiso hemodinámico, convulsiones y muerte.

Conducta

Ver principios generales de tratamiento.

Tratamiento sintomático siguiendo las pautas del tratamiento para cada síntoma. No tiene antídoto

En este caso se recomienda la modificación del ph urinario (ácido) utilizando cloruro de amonio o vitamina C, por vía endovenosa.

Otros métodos que pueden ser utilizados son los de depuración extracorpórea (hemodiálisis y hemoperfusión) aunque su eficacia aún no está completamente probada.

Síndrome de abstinencia

Se caracteriza por apatía, estado depresivo, letargia, trastornos del sueño, mialgias, dolor

abdominal, apetito voraz e ideas suicidas.

La persistencia de estos síntomas por más de una semana hacen pensar en otra enfermedad subyacente

PARKISONIL





Aunque se trata de una droga lícita de uso médico, decidimos incorporarla en este capítulo debido a la alta incidencia en la comercialización y consumo, con fines de drogadicción.

Similares comerciales

Artane, Trihexy.

Formas de presentación

- Tabletas de 2 mg (color blanco).
- Tabletas de 5 mg (color rosado).

Intoxicación aguda

Produce alucinaciones, midriasis, confusión mental, agitación, euforia, disminución de la salivación, hipertensión arterial, taquicardia, hipertermia, ausencia de los ruidos hidroaéreos, retención urinaria y fallo respiratorio.

Conducta

Ver principios generales de tratamiento.

Tratamiento sintomático, siguiendo las pautas del tratamiento para cada síntoma.

Se utilizan antagonistas de los efectos anticolinérgicos, cuando estos son muy manifiestos:

- Neostigmina: ámpulas de 0.5mg / 1 ml

Dosis en el niño: 0.004 mg/kg/dosis. IM o EV, 1/2 dosis
Dosis en el adulto: 0.5-1mg/dosis IM o EV cada 4-6 h

- Fisostigmina: 1 mg / 5cc

Dosis en el niño: 0.1 - 0.5 mg EV cada 15-30 minutos no más de 2 mg.
Dosis en el adulto: 1-2 mg EV cada 15-30 minutos no más de 10 mg

CAMPANA (CHAMISCO)



Es una planta cuyo principio activo es un alcaloide de la atropa belladona (similar a la atropina).

Es utilizada fundamentalmente por los jóvenes y sobre todo los que se encuentran en el Servicio Militar, se consume en forma de infusión al hervir las hojas y las flores.

La intoxicación aguda es muy similar a la descrita para la intoxicación por parkisonil y el tratamiento no difiere del mismo.

RESOLUCION DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Carta circular No. 17 del 2 de diciembre de 1999

Estableció el reporte de casos en la Tarjeta de Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO) relacionados con drogas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras semejantes,

objetos de abuso, según los códigos siguientes:

Intoxicación aguda por drogas----------096
Abuso de drogas ----------097
Estado de abstinencia----------098
Estado presumible de consumo de drogas-----099

Los casos contemplados en el código 096 serán reportados a su vez en el código 081 como intoxicación aguda voluntaria

Intoxicación aguda por droga:

Estado posterior al uso de una o más drogas que da lugar a perturbaciones en el nivel de conciencia, en lo cognoscitivo, en la percepción, en la afectividad, en el comportamiento, o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas. Las perturbaciones se relacionan directamente con los efectos farmacológicos agudos de las sustancias.

Abuso de una droga (Uso nocivo o uso indebido de drogas):

Patrón de consumo de una o más drogas, incompatible o sin relación con la terapéutica médica, que puede presentarse de forma esporádica, persistente y/o excesiva y que se realiza con la finalidad de alterar la conciencia del individuo causando daño a la salud física o mental y manifestándose de diversas formas clínicas.

Incluye el consumo de sustancias no permitidas por la ley y el consumo de fármacos lícitos empleados sin prescripción médica o de forma diferente a la prescrita.

Estado de Abstinencia:

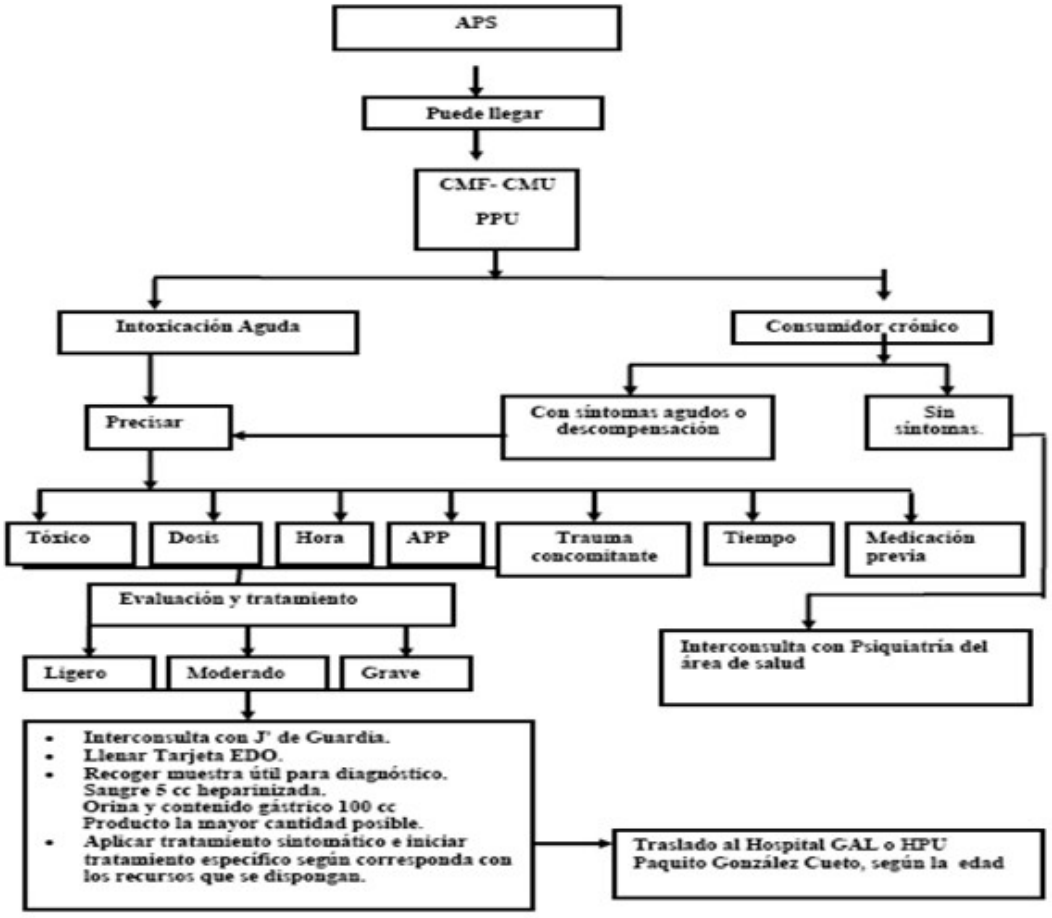
Grupo de síntomas de gravedad e intensidad variable que aparecen durante la supresión absoluta o relativa del consumo de una droga luego de una fase de utilización permanente de esta; su duración es limitada y se relaciona con la dosis de la sustancia utilizada.

Estado presumible de consumo de droga:

Grupo de síntomas de intensidad variable que se pueden corresponder con los cuadros antes descritos pero en los que el facultativo no puede afirmar que hayan sido producidos por el consumo de drogas, ya que carece de antecedentes o tiene desconocimiento de evidencias que lo prueben.

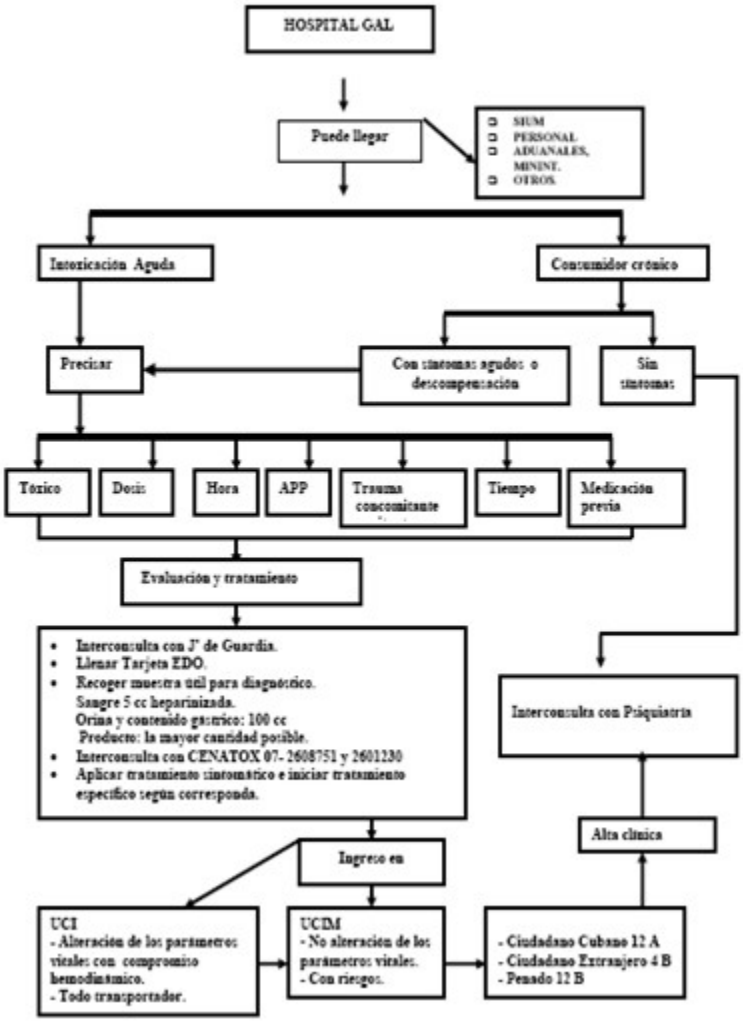
Descargado el: 8-11-2026 ISSN 1727-897X

FLUJOGRAMA A SEGUIR EN LA APS ANTE UN PACIENTE CON EVIDENCIA O SOSPECHA CLÍNICA DE INTOXICACIÓN AGUDA POR DROGAS.

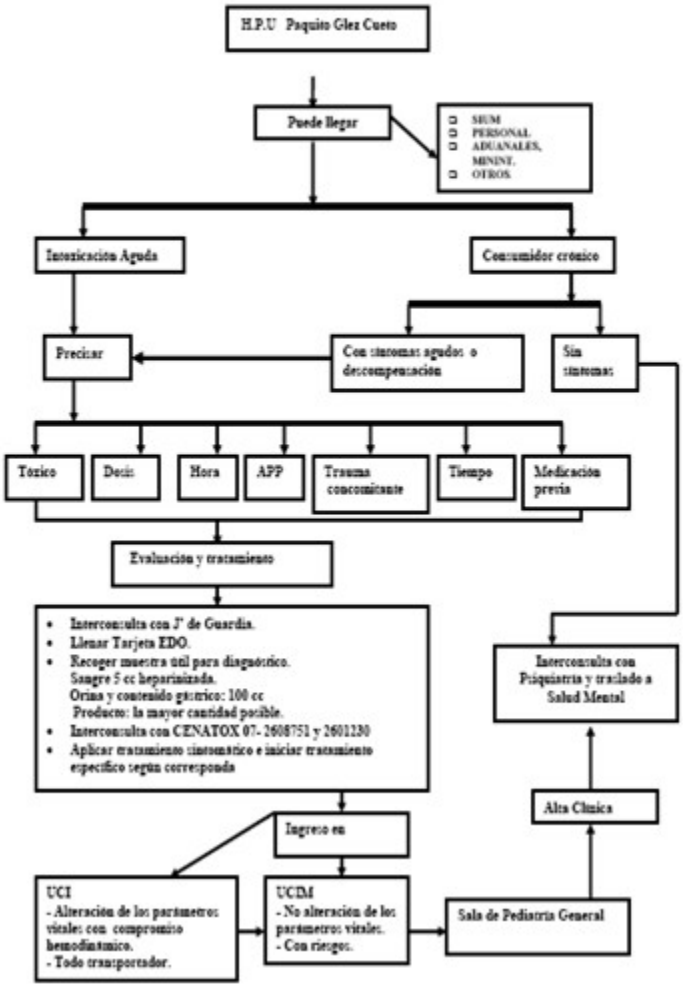


Descargado el: 8-11-2026
ISSN 1727-897X

FLUJOGRAMA A SEGUIR EN EL HOSPITAL "GAL" ANTE UN PACIENTE CON EVIDENCIA O SOSPECHA CLÍNICA DE INTOXICACIÓN AGUDA POR DROGAS.



FLUJOGRAMA A SEGUIR EN EL HOSPITAL PEDIATRICO UNIVERSITARIO "PAQUITO GLEZ CUETO" ANTE UN PACIENTE CON EVIDENCIA O SOSPECHA CLÍNICA DE INTOXICACIÓN AGUDA POR DROGAS.



.....

CONTROL SEMANTICO

- **APS**: Atención Primaria de Salud.
- **CMF**: Consultorio Médico de la Familia.
- **CMU**: Consultorio Médico de Urgencia.
- **PPU**: Policlínico Principal de Urgencia.
- **GAL**: "Gustavo Aldereguía Lima".
- **HPU**: Hospital Pediátrico Universitario.
- **SIUM**: Sistema Integrado de Urgencia Médica.
- **UCI**: Unidad de Cuidados Intensivos.
- **UCIM**: Unidad de Cuidados Intermedios.
- **MININT**: Ministerio del Interior.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. O'Brien Ch P. Adicción y abuso de sustancias tóxicas. In: Hardman JG, Limbird LE, editors. Goodman Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica.Vol 1. 9na. ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1996. p. 595-615.

2. Klaassen CD. Principios de toxicología y tratamiento de la intoxicación. In: Hardman JG, Limbird LE, editors. Goodman Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica.Vol 1. 9na. ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1996. p. 69-81.

3. Reisene T, Pasternak G. Analgésicos opiodes y sus antagonistas. In: Hardman JG, Limbird LE, editors. Goodman Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica.Vol 1. 9na. ed.

México: McGraw-Hill Interamericana; 1996. p. 557-590.

4. Saíz Martínez PA, González García-Portilla M, Martínez Barrondo S, Bascarán Fernández MT, Bousoño García M. Aproximación terapéutica del uso-abuso de MDMA (éxtasis). Adicciones. 2002 ; 12 (2): 166-176.

5. Ledoux S, Szaret A, Choquet M. Consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia. Análisis de los estudios de cohorte. Adicciones. 2002 ; 12 (2): 255-79.

6. Morera Pérez B. Aspectos bioéticos de la asistencia al drogodependiente. Adicciones . 2002 ; 12 (3): 515-26.

7. Castaño GA. Cocaínas fumables en Latinoamérica. Adicciones. 2002 ; 12 (3): 541-550.

8. Delgado DM, Pérez Gómez A, Scoppetta O. Consumo de drogas en Colombia: análisis sofisticado de datos simples. Adicciones. 2001 ; 13 (1): 81-88.

9. Saíz Martínez PA, González García-Portilla M, Paredes Djanguren B, Delgado González JM, López Rodríguez JL, Martínez Barrondo S. Consumo de MDMA (éxtasis) en estudiantes de secundaria. Adicciones. 2001 ; 13 (2): 159-171.

10. Pérez Gómez A, Patiño C, Trujillo AM, Patiño MI, García F, Neira C. Indicadores indirectos de consumo de drogas: una alternativa a las encuestas de hogares. Adicciones. 2001 ; 13 (2): 189-198.

11. Cervera B, Bolinches F, Valderrama JC. Trastornos de la personalidad y drogodependencias. Trastornos adictivos. 1999 ; 11 (2): 91-9.

12. Mestre L, Risco P, Catalán A, Ibarra O. Perfiles de personalidad Millon: comparación de pacientes adictos a opiáceos y cocaína. Trastornos adictivos. 2001 ; 13 (4): 288-9.

13. Marcos Flores A, Del Río Gracia MC, Álvarez González FJ. Población heroinómana tratada con metadona y/o naltrexona: análisis de similitudes y diferencias. Trastornos adictivos. 2001 ; 13 (4): 290.

14. Josep E, Baños Pérez N, Roseta M. ¿Vitaminas o anfetaminas?. Med Clin. 2000 ; 115 (19): 759.

15. Lizasoain I, Moro MA, Lorenzo P. Cocaína: Aspectos farmacológicos. Adicciones. 2002 ; 14 (2): 57-64.

16. Alonso Castaño G. Consumo de heroína en Colombia. Adicciones. 2002 ; 14 (2): 87-90.

17. Quiroga Gallego M. Cannabis y psicopatología comórbida. Adicciones. 2002 ; 14 (2): 191-200.

18. Peruga A, Rincón A, Selin H. El consumo de sustancias adictivas en las Américas. Adicciones. 2002 ; 14 (2): 227-238.

19. Muñoz Rivas MJ, Graña Gómez JL, Peña Fernández ME, Andreu Rodríguez JM. Influencia de la conducta antisocial en el consumo de drogas ilegales en la población adolescente. Adicciones. 2002 ; 14 (3): 313-320.

20. Sánchez-Hervás E, Gradolí V, Molina Bou N, del Olmo Guerra R, Morales Gallús E. Procesos de cambio en conductas adictivas: Influencia de variables psicopatológicas y de consumo. Adicciones. 2002 ; 14 (3): 337-344.