

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencia de la Salud
Escuela de Medicina

MANEJO INTEGRAL DE LA CRISIS DE ABSTINENCIA EN PACIENTES
DEPENDIENTES DE COCAÍNA TRATADOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN
INTEGRAL DE LAS DEPENDENCIAS (CAIDEP) EN EL PERÍODO ENERO- JUNIO
2022.



Trabajo de grado presentado por Angeliana María Arias Martínez 14-2458 y Liza
María Tatis Jiménez 14-1257 para la obtención del grado de:

DOCTOR EN MEDICINA

Distrito Nacional: 2023

ÍNDICE

Agradecimientos	
Dedicatorias	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción	1
I.1. Antecedentes	3
I.1.1. Internacionales	3
I.1.2. Nacionales	6
I.2. Justificación	7
II. Planteamiento del problema	9
III. Objetivos	11
III.1. General	11
III.2. Específicos	11
IV. Marco teórico	13
IV.1. Cocaína	13
IV.1.1. Definición	13
IV.1.2. Epidemiología	14
IV.1.3. Historia	15
IV.1.4. Patrón habitual del consumo de sustancias	16
IV.1.5. Proceso del efecto de la cocaína	16
IV.1.6. Efectos a corto plazo del uso de la cocaína	17
IV.1.7. Efectos a largo plazo del uso de la cocaína	18
IV.1.8. Enfoques farmacológicos	19
IV.1.9. Intervenciones conductuales	20
IV.1.10. Efectos generales del uso de cocaína en el organismo	21
IV.1.11. Hábitos y estilo de vida de un cocainómano	23
IV.1.12. Intoxicación por cocaína	23
IV.1.13. Dependencia de cocaína	24
IV.1.14. Diagnóstico	24

IV.1.15. Cocaína y DSM-5	28
IV.1.16. Tratamiento farmacológico de la intoxicación aguda	29
IV.1.17. Tratamiento farmacológico de la dependencia	29
IV.1.18. Tratamiento no farmacológico de la dependencia	31
IV.1.19. Síndrome de abstinencia	32
IV.1.20. Manejo integral de la crisis de abstinencia	33
IV.1.21. Efectos y usos medicinales	33
IV.1.21.1. Acción farmacológica	33
IV.1.21.2. Efectos psicológicos	34
IV.1.21.3. Neurobiología de la adicción a drogas	35
V. Operacionalización de las variables	37
VI. Material y métodos	40
VI.1. Tipo de estudio	40
VI.2. Demarcación geográfica	40
VI.3. Universo	40
VI.4. Muestra	40
VI.5. Criterios de inclusión	41
VI.6. Criterios de exclusión	41
VI.7. Instrumento de recolección de datos	41
VI.8. Procedimiento	41
VI.9. Tabulación	41
VI.10. Análisis	42
VI.11. Aspectos éticos	42
VII. Resultados	43
VII. Discusión	66
VIII. Conclusiones	69
IX. Recomendaciones	70
X. Referencias	71
XI. Anexos	75
XI.1. Cronograma	75

XI.2. Instrumento de recolección de datos	76
XI.3. Costos y recursos	79

AGRADECIMIENTOS.

En primer lugar, doy gracias a Dios por haberme dirigido a esta carrera de entrega, amor y pasión por la gente; agradezco al Espíritu Santo por haberme acompañado durante este recorrido y haber puesto en mi cada día el deseo de hacerlo mejor, aun cuando ya no podía más.

Especial agradecimiento a mi Alma Mater, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña- UNPHU por preocuparse por nuestra formación integral, agradezco cada hora curricular, cada actividad, charla, conferencia de la cual fui participe.

Agradezco a la Dra. Belisa Soriano y el Dr. José Asilis Zaiter por todo el apoyo brindado a mi formación dentro y fuera de las aulas. La disciplina, amor y pasión por la medicina basada en la evidencia es algo con lo que me quedo por el resto de mi vida.

Estima y agradecimiento a la Dra. Francis Báez, mi asesora clínica, mi mentora, maestra a la cual desde que me dio clases en la rotación de salud mental quede flechada con su forma de enseñar y su visión de la problemática en salud mental en nuestra realidad dominicana.

Agradecida de la Dra. Edelmira Espaillat, la cual fue mi maestra de epidemiología y de legislación y no dude en solicitarla como mi asesora metodológica. Una mujer de carácter fuerte y temple envidiable, con una visión clara de la medicina social y de cómo ayudar a la gente a mejorar su realidad, traduciéndose eso en salud.

Gracias a todos los doctores que han sido mis maestros en el trayecto de mi viaje en la escuela de medicina, gracias a ellos y todo el conocimiento que a lo largo de este viaje me han transmitido.

Gracias a mi compañera de tesis por su paciencia y entrega, realizar un trabajo de grado no es fácil. Pero lo logramos.

Gracias al personal de Centro de Atención Integral a las Dependencias- CAIDEP y a su directora, la Dra. Ruth Santana, gracias a Noelis por toda su ayuda durante este proceso.

Agradezco a mi familia, en especial a mi Abuelo y a mi Mamá por su apoyo, dedicación, motivación y esfuerzo para que yo llegara hasta aquí.

Agradezco a la Dra. Bélgica Miguelina Tactuk por la confianza, por el cariño y por ayudarme tanto en mi formación.

Gracias Sudirandy, por ser esa luz al final del camino para los estudiantes de medicina.

Angeliana María Arias Martínez

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo a Dios, sin el cual no podemos hacer nada. Gracias por darme las fuerzas, esperanza y la fe necesaria para concluir este ciclo formativo.

A Doña María Suárez por estar pendiente de mí y de mi educación, por ser el canal de mi bendición y por su ayuda en todo momento.

A mi madre Ángela María Martínez, la mujer más fuerte y luchadora que conozco; gracias por no cortarme las alas cuando sin recurso ninguno decidí emprender en este camino de la medicina.

A mi abuelo Don Ángel Martínez por su nobleza, cariño, apoyo y tenacidad. Por siempre velar por mi bienestar, por inculcarme el amor por los estudios y el trabajo decente, por enseñarme hacer las cosas de forma correcta y que los sueños sin un plan de acción no se hacen posibles.

A mi tío Eddy Martínez, gracias por ser mi amigo, mi papá, mi mentor familiar y espiritual, mi mayor admirador y mi mejor paciente. Gracias por darme tu casa, tu computadora, tus hijos, gracias por todo; a Senovia su esposa y mi tía.

A mis tíos Rogelio, Yessenia, Carolina, Juan, Diossis y Nomanías. Gracias por asumirme como médico desde el primer día que me inscribí en la universidad, gracias por el apoyo, por la confianza, por los consejos, gracias por todo lo que han hecho para favorecer mi formación.

A mi hermano Joel Arias, por su disposición y por confiar siempre en mi criterio, gracias por dejarme ser tu hermana mayor y asumir mis consejos como guía.

A mi prima la Dra. Carmen Quezada por todo el apoyo, mentoría y ánimos durante este proceso.

Al Sr. Francisco Severino y a su familia por estar siempre para mí en todos los momentos.

Al Dr. José Desena por apoyarme desde que decidí ser médico y acompañarme durante esta travesía.

A mi hermana, amiga, compañera y consejera la Dra. Yeranny Gomera.

A mis mejores amigas y hermanas que me regalo la escuela de medicina: Daniela, Marla, Maryorit, Yine, Yaidiris, Antoinette, Andrenis, Karla, Nicole, Ana Patricia, Ana Cristina, Felicia y Jazmín. Mejores colegas no podría tener.

A mis hermanos de la carrera José Ventura, Natanael de la Cruz y Carlos Cárdenas.

A mis compañeros de la Defensa Civil: Anyeris, Salvador, Rosanna, Fe, Dionny y Kelvin Joel. A mis compañeros de operaciones: Lowel y Wenedy; Kelvinson, Chrissalis y Luis Bernardo.

A todos los hijos de padres adictos, que como yo, vieron sucumbir su estabilidad familiar ante esta enfermedad; No están solos y no es su culpa.

Angeliana María Arias Martínez

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios mi creador, cuya gracia a estado conmigo siempre, quién me ha dado las fuerzas y la dirección para llegar hasta aquí y de quién tengo certeza estará conmigo siempre.

A mi madre María Magdalena Jiménez Ogando por siempre haber creído en mí, por inculcarme buenos valores y siempre motivarme a dar lo mejor de mí. Por enseñarme a no conformarme y ser mediocre, sino hacer las cosas con excelencia. Solía decirme "si vas a hacer algo hazlo bien o no hagas nada". Por haberse sacrificado para darme la mejor educación y ocuparse siempre de todas mis necesidades por más difícil que esto fuese en algún momento. Por demostrarme que no importa de donde vengas, eso no determina tu futuro.

A mi padre José Miguel Tatis Rivas quién fue mi inspiración para seguir este hermoso camino de la ciencia de la salud, por haberme apoyado en todo este proceso. Gracias por enseñarme que ser médico no es un trabajo sino una vocación, que lo más importante no son las ganancias que esta profesión pueda generar, sino la certeza de brindar bienestar a otros seres humanos, eso no tiene precio. *"Papi, es un honor para mí seguir tus pasos y continuar este hermoso legado, mañana quizás no esté el Dr. Tatis, pero estará la Dra. Tatis para servir con excelencia como tú lo has hecho."*

A mi hermano Riky Miguel Tatis J. quien siempre ha estado a mi lado brindándome su amor incondicional como solo un buen hermano sabe. Por haberme dado la paz de saber que mi madre quedaría con un buen hijo al tener que irme de casa para hacer realidad este sueño.

A mi esposo Miguel A. Benítez, por su paciencia, su apoyo, por soportar tantas noches en que por estudiar no le acompañaba temprano en la cama y al despertar yo ya no estaba, por estar siempre dispuesto a colaborar para que todo lo relacionado a este sueño saliera bien sin importar los sacrificios y quien fue una ayuda invaluable

para que mi compañera y yo pudiéramos presentar este trabajo de grado. *"Gracias por tus consejos invaluable y por decir presente en mis momentos de dificultad"*.

Gracias a mis tíos/as por haber sido de gran apoyo en mi crianza y ser un vivo ejemplo de superación, me siento orgullosa de tenerles como familia. De manera especial gracias a mi Tía-Madrina Maribel Ogando quien ha sido como una segunda madre para mí, siempre diligente y preocupada por mi bienestar y mis necesidades.

A mis primos y primas gracias por ser tan buenos hijos, sobrinos, nietos, hermanos y primos, por no dar tormento a nuestra familia y hacer posible mi meta de que seamos un orgullo para nuestra familia. Hoy como la mayor, soy la primera en obtener un título universitario, pero tengo la certeza de que ustedes seguirán mis pasos y continuarán siendo excelentes.

Gracias a mis amigas Elitza, Nincis, Raisa, Yakeli por su gran amistad y lealtad, con ustedes he vivido las experiencias más inusuales, divertidas y caóticas de la vida, gracias, por tanto. De manera especial a Rosario Rothschild y Belkis Rodríguez quienes más que amigas, me acogieron como una hija y han estado para mí en momentos de soledad, tristeza, felicidad, en triunfos y fracasos, dándome siempre sus consejos y su amor. Han sido muy significativas sus llegadas a mi vida luego de haberme ido lejos de mi familia para iniciar una vida en SD.

A las maravillosas personas que me regaló la facultad, mis compañeros, amigos y colegas: Wanda De la Rosa, Meylen Vásquez, Michael Ramos, Josué Corcino, Nicole Mendoza, Marla Pelletier, Angeliana Arias, Audry Peña, Ginaira Puello, Karla Palmero, Daniella Marie, Mardelis Cuevas, entre muchos otros, quienes hicieron de este arduo camino algo más llevadero y con quienes aprendí la importancia del trabajo en equipo.

De igual forma, agradezco al programa de becas de COOPNAMA quienes se encargaron de todo el apoyo financiero que me permitió realizar la carrera de mis sueños en una de las más prestigiosas universidades de nuestro país.

Al finalizar este arduo trabajo lleno de dificultades es inevitable sentir y otorgar mérito al aporte que mi compañera y yo estamos haciendo con esta investigación. Sin embargo, es de gran importancia reconocer que este aporte hubiese sido imposible sin la participación de personas que han facilitado las herramientas para lograr finalizar este proyecto de investigación. Es por lo que debo agradecer en gran medida a nuestras asesoras la Dra. Edelmira Espaillat y la Dra. Francis Báez por su dedicación y entera disposición para que este proyecto se desarrollara de forma exitosa.

Liza María Tatis Jiménez

DEDICATORIA

A la memoria de mi abuela Aurelia Ogando Messón.

“Fue un honor tenerte como abuela y ver como siempre mostrabas al mundo el orgullo que sentías por tenerme como nieta, como aun empezando mi carrera ya me veías como tu doctora y confiabas en mis palabras y recomendaciones.

Hoy no estas para ver este triunfo que tanto anhelaba compartir contigo, pero estoy en paz porque sé que en tu mente y en tu corazón lo visualizaste primero que muchos.”

Liza María Tatis Jiménez

RESUMEN

Introducción: La cocaína es un estimulante extremadamente adictivo que afecta directamente al cerebro.

La respuesta a la cocaína depende de la dosis, vía de administración, experiencias previas del sujeto, el ambiente, y la respuesta única de cada consumidor.

La dependencia a cocaína es la necesidad irresistible de consumo (craving) de cocaína, aunque en la mayoría de los casos dicha necesidad se niegue por parte del sujeto que cree controlar dicho consumo. Es clave en todas las dependencias que el individuo que la padece crea que controla su condición, cuando está demostrado que la condición le controla.

Objetivo: Determinar cómo es el manejo integral de la crisis de abstinencia en pacientes dependientes de cocaína tratados en el Centro de Atención Integral de las Dependencias (CAIDEP) en el período enero- junio 2022.

Método: Se realizó un estudio descriptivo, transversal y de recolección retrospectiva de datos.

Resultados: Se evaluaron los expedientes de 90 pacientes demostrando que el sexo masculino corresponde al 80 por ciento y el sexo femenino el 20 por ciento; Que los residentes del Distrito Nacional tienen mayor historial de consumo con respecto a los residentes de las diferentes áreas de Santo Domingo.

Conclusiones: En este estudio se confirma que la mayor población estudiada tenía alteraciones comunes, que fueron representados con mayor porcentaje como lo son: sexo masculino, la gran mayoría de pacientes habían concluido la secundaria, incluyendo algunos que estaban en la universidad; maltrato infantil, violencia sexual y consumo de más de una sustancia psicoactiva. Además, algunos pacientes han desarrollado otras patologías de salud mental relacionada al uso y abuso de sustancias. Hay una estrecha relación entre el abandono de los padres y la exposición a temprana edad a drogas de abuso.

Palabras clave: manejo, integral, crisis, abstinencia, dependientes, cocaína.

ABSTRACT

Introduction: Cocaine is an extremely addictive stimulant that directly affects the brain.

The response to cocaine depends on the dose, route of administration, previous experiences of the subject, the environment, and the unique response of each user.

Cocaine dependence is the irresistible need to consume (craving) cocaine, although in most cases this need is denied by the subject who believes to control such consumption. It is key in all dependencies that the individual who suffers from it believes that he controls his condition, when it is proven that the condition controls him.

Objective: To determine how is the comprehensive management of the withdrawal crisis in cocaine-dependent patients treated at the Comprehensive Care Center of Dependencies (CAIDEP) in the period January-June 2022.

Method: A descriptive, cross-sectional and retrospective data collection study was carried out.

Results: The records of 90 patients were evaluated, showing that 80 percent were male and 20 percent female; That the residents of the National District have a greater history of consumption compared to the residents of Santo Domingo.

Conclusions: This study confirms that the largest population studied had common alterations, which were represented with a higher percentage, such as: males, the vast majority of patients had finished high school, including some who were in college; child abuse, sexual violence and consumption of more than one psychoactive substance. In addition, some patients have developed other mental health conditions related to the use and abuse of substances. There is a close relationship between parental abandonment and exposure to drugs of abuse at an early age.

Keywords: management, comprehensive, crisis, abstinence, dependents, cocaine.

I. INTRODUCCIÓN.

La cocaína es un estimulante altamente adictivo que afecta directamente al cerebro. La cocaína ha sido llamada la droga de las décadas de 1980 y 1990 porque fue muy popular y ampliamente utilizada en las últimas décadas. Sin embargo, no es una droga nueva. De hecho, la cocaína es una de las drogas más antiguas que se conocen. Las hojas de coca, la fuente de la cocaína, se han consumido durante miles de años, mientras que el clorhidrato químico puro de cocaína se ha consumido durante más de 100 años. Por ejemplo, a principios del siglo XX, la cocaína refinada se convirtió en el ingrediente base de la mayoría de los tónicos y elixires desarrollados para tratar diversas dolencias.

La cocaína pura se extraía originalmente de las hojas de la planta *Erythroxylon coca*, que crece principalmente en Perú y Bolivia. En la década de 1990, luego de varios esfuerzos para reducir el cultivo de coca en estos países, Colombia se convirtió en el país con mayor producción de coca. La cocaína ahora es una droga que cae en la categoría de la Lista II (“Schedule II”) de la Ley sobre Sustancias Controladas, lo que significa que se considera que tiene un gran potencial para ser abusada, pero que puede ser administrada por un doctor para usos médicos legítimos, por ejemplo, como anestesia local en ciertos tipos de cirugías de los ojos, oídos y garganta.

La primera regulación sobre drogas que conocemos en la República Dominicana, data del 1ro. de julio de 1918, y fue la orden ejecutiva número 161 del Gobierno Militar Norteamericano, que se instaló en la República Dominicana de 1916 a 1924. Esta orden reglamenta y regula la fabricación, importación, preparación, distribución, venta o regalo de opio, morfina, cocaína y otras drogas narcóticas, y aparece en la gaceta oficial No. 2909.¹

Aunque desde los años 30 a los 60 aparecieron casos aislados de uso de drogas y fármacos controlados, algunos investigadores refieren que fue a finales de la década del 60 y principio del 70, cuando en la República Dominicana, comenzaron a aparecer con mayor frecuencia los casos de tráfico, venta y consumo de drogas peligrosas, como la marihuana y la cocaína.

El consumo de drogas constituye uno de los problemas de salud pública más importantes y que mayor gasto de recursos genera en los países occidentales. En República Dominicana, al igual que otros países de nuestro entorno, el consumo de cocaína se ha convertido en un problema de tendencia creciente. Las demandas de tratamiento por consumo de esta sustancia ya suponen un gran porcentaje de las demandas asociadas al uso de drogas. A esta situación se une el hecho de que todavía no se ha encontrado ninguna medicación eficaz para el tratamiento de esta adicción.

De manera extraoficial hemos podido constatar a través de las diferentes Unidades de Intervención en Crisis (UIC), que aproximadamente el 55% de los pacientes tienen diagnóstico de uso y abuso de sustancias en muchas ocasiones ya habiendo desarrollado una patología psiquiátrica secundaria a este.

La evidencia científica ha demostrado que el reforzar la conducta con patrones positivos juega un papel importante, no solo en la génesis y el mantenimiento del uso de drogas, sino también en la recuperación de las conductas adictivas.

A pesar de que en la República Dominicana existe un protocolo para asistencia a los pacientes que llegan vía emergencia con diagnóstico de crisis de abstinencia por sustancias psicoactivas hemos evidenciado la falta de conocimiento de los médicos de emergencia y atención primaria al respecto.

El manejo integral de la crisis de abstinencia por cocaína consiste en el abordaje multidisciplinario del adicto y en ocasiones de sus familiares; la farmacoterapia y la psicoterapia combinadas, orientando al paciente a cambiar el entorno donde se ve expuesto a la sustancia de abuso, la inclusión en programas orientados a modificación de la conducta de consumo y mantenimiento de un estilo de vida saludable alejado de las sustancias psicoactivas y reintegrándose a la sociedad que lo rodea.

Este estudio se realiza con la finalidad de establecer a nivel país y de forma científica una forma segura de abordar la crisis de abstinencia producida por cocaína y a la vez dotar al personal médico no especializado de herramientas para el abordaje inicial en lo que se deriva a la unidad correspondiente.²

I.1. Antecedentes.

I.1.1 Internacionales

La evolución experimentada en las sociedades desarrolladas durante las últimas décadas ha conducido a un cambio profundo y radical del fenómeno de los estupefacientes, tanto en lo que hace a su función, su magnitud, modos de consumo. Actualmente en España las drogas aparecen como insertas dentro de la cultura del ocio, lo que contrasta con la imagen a la que estaban asociadas en los ochenta, cuando eran vistas principalmente como símbolos de la marginalidad y el crimen. La heroína ha sido reemplazada por otras drogas como la marihuana, la cocaína o el éxtasis, mezcladas entre sí o con alcohol y tabaco, fruto de un cambio en los patrones de consumo. En ese sentido, el Plan Nacional de Drogas del Ministerio de Sanidad y Consumo señala que la edad de los consumidores es cada vez más baja, y que el consumo se encuentra incorporado a la vida cotidiana como un elemento trivial y carente de riesgo, en el marco de actividades de recreación y socialización, La Torres M, Huidobro A (2012).³

Barrios y Hurtado en 2009 realizaron un estudio titulado: "Prevalencia del consumo compulsivo de alcohol y sustancias ilícitas en pacientes hospitalizados por patologías psiquiátricas ". El objetivo de este artículo fue establecer la prevalencia del consumo de alcohol y drogas ilícitas en pacientes hospitalizados en instituciones psiquiátricas. Metodología: estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Se recolectó información desde las historias clínicas de pacientes hospitalizados en los años 2008 y 2009 en tres instituciones psiquiátricas de los municipios de Cartagena y Turbaco en Colombia. Resultados: 2526 pacientes fueron ingresados en los dos años en las tres instituciones, 1086 pacientes en el 2008 y 1440 en el 2009. La prevalencia de consumo compulsivo de alcohol y sustancias ilícitas fue de 19,5%, la prevalencia de consumo compulsivo de alcohol fue de 2,3% y de consumo de sustancias ilícitas fue de 18,6%. La sumatoria no es exacta debido a que es común encontrar poli consumo. No se observó diferencia entre los dos años en ninguna de las tres evaluaciones. La sustancia ilícita de mayor consumo fue la marihuana. En conclusión, la prevalencia encontrada de consumo de sustancias ilícitas y consumo

compulsivo de alcohol en enfermos mentales es una situación que debe ser adecuadamente abordada, para ofrecer una correcta intervención sanitaria.⁴

Josefina Patiño Masó realizó un estudio sobre los Patrones de consumo de cocaína después de la heroína, la droga que provoca los efectos más negativos para la salud en el mundo (UNODC, 2011). El objetivo general de la tesis es conocer la prevalencia y el patrón de consumo de cocaína entre jóvenes de 17 a 35 años y conocer algunos factores de riesgo y protección en el inicio y mantenimiento de esta conducta. Se utiliza un diseño multifacético, que combina metodología cuantitativa (encuesta) con metodología cualitativa (entrevista personal semiestructurada) a través de una estrategia metodológica mixta, de manera que se obtienen los resultados en encuestas realizadas con una muestra de 2139 universidades. Los alumnos del primer periodo de la Universidad de Girona contribuyeron a la difusión de los nuevos resultados en las entrevistas personales realizadas a una pequeña muestra de jóvenes gerundenses. Nótese que la mayoría de los estudiantes nunca había probado la cocaína (81,1%), aunque el 15,1% reportó haberla consumido sin considerarse consumidor y el 2,8% reportó haber dejado de consumir la droga. Para los chicos se observa con mayor frecuencia un patrón de consumo experimental, que se contextualiza principalmente en el simbolismo de noches de fin de semana, fiestas y/o diversión.⁵

Medina-Pérez, *et al.* (2012). Realizaron un estudio de carácter cuantitativo descriptivo y retrospectivo. Este estudio fue realizado en la Universidad San Buenaventura. Colombia. Con el objetivo de caracterizar el consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) en población farmacodependiente, en una fundación dedicada a la rehabilitación en el Quindío, Colombia. La investigación realizada fue de carácter cuantitativo-descriptivo. Se sistematizaron los formularios VESPA (Vigilancia Epidemiológica para uso indebido de Sustancias Psicoactivas) de las personas que ingresaron a la institución entre los años 2006 y 2009. En el periodo estudiado se atendieron 333 adolescentes entre 14 y 18 años; 75,4 por ciento hombres; 31,2 por ciento solo posee estudios primarios; 56 por ciento manifestó no tener empleo y 34,5 por ciento señaló que ingresó a la fundación por indicación legal. La sustancia psicoactiva (SPA) de entrada fue: 44,2 por ciento tabacos, 25,8 por ciento

marihuanas, 18,0 por ciento alcoholes y 5,7 por ciento cocaínas. Los hombres iniciaron, en promedio, a los 12,33 años de edad, y las mujeres, a los 11,96 años. Las sustancias reportadas presentaron los siguientes promedios de inicio: 12,26 años, alcohol; 12,49, tabaco; 13,39, marihuana; 13,98, inhalantes; 14,01, cocaína; 14,27, bazuco y 15,0, heroína. La edad media de ingreso a la institución fue de 15,7 años.⁶

Una investigación realizada por Rojas Piedra T, Reyes Masa B, *et al.*, realizaron un estudio para la Universidad de Oriente (Ecuador) en 2019, sobre el consumo de sustancias psicoactivas y su influencia en el desarrollo integral, fue desarrollada en la Unidad Educativa 12 de febrero en la ciudad de Zamora, cuyos datos fueron obtenidos metodológicamente a través de encuestas aplicadas a 80 estudiantes, 80 padres de familia y 12 docentes. El 56% que equivale a 45 estudiantes, si consumen algún tipo de droga. Los adolescentes ven a muchas personas usando varias sustancias. Ven a sus padres y otros adultos consumiendo alcohol, fumando y, algunas veces, abusando otras sustancias. Además, con frecuencia la escena social de los adolescentes gira alrededor de beber y fumar marihuana. Se evidencio que el 38% de los estudiantes consumieron por primera vez algún tipo de sustancia a los 15 años, el 22% a los 14 años, el 11% a los 16 años, el 9% a los 11 años, un 14% a los 13 y 17 años y el 6% a los 12 años. La edad promedio para el inicio del consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes fue de 14 y 15 años. Es durante esta etapa cuando existe un mayor riesgo de que una vez que prueban la sustancia, no la dejen. Debido a que la adolescencia no ha alcanzado aún su proceso de desarrollo y las decisiones se toman con mayor frecuencia basadas en las emociones y el placer.⁷

M. Méndez-Díaz, B.M. Romero Torres, J. Cortés Morelos, A.E. Ruíz-Contreras *et al.*, en el 2017 realizaron un estudio sobre la neurobiología de las adicciones. La proporción de usuarios de una droga de abuso que desarrolla dependencia sólo representa una parte de ellos. Es decir, hay una proporción de usuarios que no presentan un trastorno por consumo de sustancias (TCS). Por ejemplo, en México sólo el 15% de quienes consumen alcohol desarrollan un trastorno por consumo de alcohol (TCA). Este 15% sugiere una vulnerabilidad en esta población, por lo que

determinar los mecanismos que predisponen a estos sujetos a la adicción es indispensable para la prevención o para la rehabilitación del TCS. Se ha sugerido la participación de factores genéticos y medioambientales en el desarrollo de dicha vulnerabilidad al TCS. Por ejemplo, se ha demostrado que los sujetos que son psicópatas o sociópatas y que son agresivos, que presentan falta de atención y son impulsivos, entre otras características clínicas, presentan comorbilidad con el abuso y dependencia a sustancias. Por otro lado, se ha observado que existe una relación entre las experiencias adversas en los primeros años de vida y el consumo de sustancias de abuso. En estudios preclínicos, hemos demostrado que las ratas privadas de cuidado materno en los días posnatales 2 al 16 (DPN2-DPN16), al llegar a la edad adulta (DPN90) consumen más alcohol que las que han recibido cuidado materno todo el tiempo. Además, presentan una desregulación en la expresión de los receptores para cannabinoides del tipo 1 (CB1R) en algunas zonas del cerebro, por ejemplo, el núcleo accumbens y la corteza prefrontal. En breve, podríamos suponer que un sujeto es vulnerable a tener una adicción si nace psicópata o desarrolla una personalidad antisocial, o bien, si durante la infancia ha contendido con situaciones adversas, como son un pobre cuidado parental o el abuso verbal, físico o sexual. Cabe señalar que estos no son los únicos factores que han sido asociados a este trastorno, pero para los fines de esta revisión, sólo discutiremos esta vulnerabilidad con base en los mecanismos epigenéticos que afectan al sistema endocannabinérgico (seCB) e interfieren con la función del sistema de inhibición de la conducta.⁸

I.1.2. Nacionales

Rodríguez Vásquez, *et al.*, en el 2017, realizaron un estudio sobre el consumo de sustancias psicoactivas para aumentar las funciones cognitivas en estudiantes de medicina del 5-11 cuatrimestre de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU). Un estudio observacional, descriptivo y transversal con recolección de datos prospectivos, con una muestra de 662 estudiantes, en el periodo septiembre-diciembre 2017 de los cuales 308 estudiantes (100%) fueron encuestados. La información recolectada permitió concluir que el consumo de sustancias psicoactivas para aumentar las funciones cognitivas en estudiantes de Medicina de la Universidad

Nacional Pedro Henríquez Ureña, fue de 51,6 por ciento. Las sustancias psicoactivas más consumidas fueron: bebidas energizantes (58,5%), Nootrópicos (35,2%), alcohol (32,7%) e ilegales (19,5%): Anfetaminas, Marihuana, cocaína, benzodiacepina y opiáceos). El 49,1 por ciento de los estudiantes confirmó sentir alguna sintomatología al dejar de utilizar las sustancias psicoactivas, sobre todo depresión, falta de concentración e insomnio.⁹

1.2. Justificación.

El consumo de drogas es un gran problema social que se ha introducido hasta lo más íntimo de las familias y al cual nos enfrentamos en la actualidad. Este fenómeno crece día con día, tanto en el número de personas como en las complicaciones y las muertes por enfermedades relacionadas con la adicción.

Los adolescentes están expuestos a la gran variedad de drogas que hay en las calles y se han convertido en los nuevos objetivos de la delincuencia organizada; ya que el índice de consumo entre adolescentes es cada vez mayor y muchos de ellos son estudiantes que podrían ver afectada su carrera académica y sufrir las consecuencias, como delincuencia o adicción, con graves daños para la salud; por lo que es sabido que la mayor parte de los problemas de salud mental en niños y adolescentes tiene relación con las adicciones, ya sea como un factor previo al desarrollo de un problema de abuso de sustancias o como parte de una situación en la cual coexisten ambos trastornos.

Desde hace más de 30 años existen variaciones importantes en el consumo de drogas en la población adolescente; la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2010), estima que en 2007 entre 172 millones y 250 millones de personas consumieron drogas ilícitas por lo menos una vez el año anterior. No obstante, estas cifras elevadas incluyen a muchos consumidores ocasionales que tal vez han probado drogas solo una vez en todo el año.

Frente a lo expuesto consideramos importante realizar este estudio, cuyos resultados permitirán conocer cuáles son los factores que podrían estar influyendo en la decisión de abandono de tratamiento de los pacientes con dependencia a sustancias psicoactivas, impidiéndoles cumplir con el esquema terapéutico. Además

de mostrar posibles estrategias que los diferentes centros de tratamientos puedan implementar para mejorar los programas existentes con que cuenta el país actualmente, fomentando de esta manera la calidad en la atención, a fin de favorecer la adherencia al tratamiento y evitar que estos pacientes entren en crisis de abstinencia.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El uso y abuso de drogas constituye un fenómeno complejo con orígenes y consecuencias de tipo biológico, psicológico y social, traspasa fronteras geográficas y adopta características propias de cada país. La mayoría de los efectos del consumo de drogas depende de la cantidad y frecuencia de la dosis que modifica la capacidad física y mental y el comportamiento del individuo.

El desorden crónico y recurrente provocado por el uso de sustancias adictivas requiere de tratamientos especializados. El romper el ciclo de la dependencia es sumamente difícil, los usuarios de drogas experimentan un gran sufrimiento físico y psicológico. La adicción no solo les afecta a ellos, también a sus familias, amigos y a la comunidad en general.

El tratamiento de las adicciones es un proceso prolongado, por medio del cual se intenta romper la dependencia a drogas lícitas o ilícitas, se trata de utilizar en la atención una red variada y compleja de servicios que buscan satisfacer las múltiples necesidades del individuo. La elección del tipo de tratamiento es individualizada y para ello se considera la droga de impacto la cual se entiende como la sustancia que el paciente identifica que mayores problemas le ha producido en las áreas; individual, familiar, legal y laboral.

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones de México (SISVEA), como parte de una de sus estrategias de información, recaba información de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales que tratan el problema de las adicciones, lo que ha permitido documentar el panorama del fenómeno del uso de drogas en el país. Los reportes del año 2015 muestran las tendencias actuales del uso de drogas, entre las personas que acudieron a solicitar tratamiento a los Centros de Integración Juvenil (CIJ) en el año 2015 reportaron con mayor frecuencia como droga de inicio, el consumo de alcohol (42.7%), tabaco (28.1%), marihuana (13.0%), inhalables (3.0%), alucinógenos (0.05%) y la heroína (0.1%).

En los últimos diez años la investigación sobre el abuso de drogas ha examinado la relación de factores de riesgo en población general y específicas es decir en adolescentes y estudiantes, sin embargo, los resultados no han sido del todo concluyentes, dado que los hallazgos han mostrado contradicciones entre las

relaciones de estos factores con el uso de drogas en términos de edad, género, escolaridad e historia familiar entre otros.

Algunas investigaciones de la guía y protocolo de atención integral se han conducido para examinar la relación de factores psicológicos y socioculturales con el uso continuo de drogas, tales como autoestima, depresión, autoeficacia, influencias de los padres y la familia. Estudios han reportado bajos niveles de éxito en los tratamientos contra la dependencia de las drogas y han documentado la influencia de algunos factores predictores para el abandono del tratamiento y consumo de drogas durante el tratamiento o al finalizar el mismo, entre los principales se encuentran; el auto control, autoeficacia, apoyo social, depresión, niveles de estrés, desempleo o problemas en el trabajo, problemas familiares, abuso de dos o más sustancias, coexistencia de otras patologías de salud mental y poco tiempo en el tratamiento.

El manejo de la crisis de abstinencia en República Dominicana está establecido, sin embargo, es poco conocido; los pacientes llegan vía emergencia son atendidos como una crisis psicótica o como un ataque de ansiedad y posteriormente son despachados a sus casas, no siempre siendo referidos a los centros de especialidad correspondiente.

Ante lo descrito anteriormente formulamos la siguiente interrogante: ¿Cuál es el manejo integral de la crisis de abstinencia en pacientes dependientes de cocaína tratados en el Centro de Atención Integral de las Dependencias (CAIDEP) en el período enero- junio 2022?

III. OBJETIVOS.

III.1. General.

1. Determinar cuál es el manejo integral de la crisis de abstinencia en pacientes dependientes de cocaína tratados en el Centro de Atención Integral de las Dependencias (CAIDEP) en el período enero- junio 2022.

III.2. Específicos.

1. Determinar los datos sociodemográficos de los pacientes dependientes de la cocaína con crisis de abstinencia en el Centro de Atención Integral de las Dependencia (CAIDEP).
2. Identificar los antecedentes personales patológicos y no patológicos de los pacientes dependientes de la cocaína con crisis de abstinencia en el Centro de Atención Integral de las Dependencia (CAIDEP).
3. Indicar los antecedentes familiares de los pacientes dependientes de la cocaína con crisis de abstinencia en el Centro de Atención Integral de las Dependencia (CAIDEP).
4. Determinar el uso de hábitos tóxicos de los pacientes dependientes de la cocaína con crisis de abstinencia en el Centro de Atención Integral de las Dependencia (CAIDEP).
5. Identificar el patrón de consumo de los pacientes dependientes de la cocaína con crisis de abstinencia en el Centro de Atención Integral de las Dependencia (CAIDEP).
6. Determinar el tiempo de consumo de los pacientes dependientes de la cocaína con crisis de abstinencia en el Centro de Atención Integral de las Dependencia (CAIDEP).
7. Indicar los programas de rehabilitación en los que han participado los pacientes dependientes de la cocaína con crisis de abstinencia en el Centro de Atención Integral de las Dependencias (CAIDEP).
8. Determinar el tratamiento de los pacientes dependientes de la cocaína con crisis de abstinencia en el Centro de Atención Integral de las Dependencia (CAIDEP).

9. Identificar el diagnóstico CIE10/DSMV de los pacientes dependientes de la cocaína con crisis de abstinencia en el Centro de Atención Integral de las Dependencia (CAIDEP).
10. Indicar el plan terapéutico inmediato de los pacientes dependientes de la cocaína con crisis de abstinencia en el Centro de Atención Integral de las Dependencia (CAIDEP).
11. Determinar el seguimiento (manejo integral de la crisis de abstinencia) de los pacientes dependientes de la cocaína con crisis de abstinencia en el Centro de Atención Integral de las Dependencia (CAIDEP).

IV. MARCO TEÓRICO.

IV.1. Cocaína.

IV.1.1. Definición.

La cocaína es un estimulante altamente adictivo que afecta directamente al cerebro. La cocaína fue llamada la droga de las décadas de 1980 y 1990 debido a su gran popularidad y uso generalizado durante esas décadas. Sin embargo, no es una droga nueva. De hecho, la cocaína es una de esas drogas que se conocen desde hace mucho tiempo. Las hojas de coca, a partir de las cuales se elabora la cocaína, se han consumido durante miles de años, mientras que el clorhidrato de cocaína químico puro se ha utilizado durante más de 100 años. Por ejemplo, a principios del siglo XX, la cocaína purificada se convirtió en el principal ingrediente activo utilizado en la mayoría de los tónicos y elixires creados para tratar diversas dolencias. La cocaína pura se extraía originalmente de las hojas del género de coca *Erythroxylon*, que crece principalmente en Perú y Bolivia.

En la década de 1990, y luego de varios intentos de reducir el cultivo en esos países, Colombia se convirtió en el país con la mayor cosecha de coca. Hoy en día, la cocaína es una droga de la Lista II ("Schedule II") según la Ley de Sustancias Controladas de los Estados Unidos, lo que significa que se considera que tiene un gran potencial de abuso, pero que puede ser administrada por un doctor para usos médicos legítimos, por ejemplo, como anestesia local en ciertos tipos de cirugías de los ojos, oídos y garganta.¹⁰

La cocaína usualmente se vende en la calle en forma de un polvo blanco, fino y cristalino que se conoce en español como "coca", "nieve", "dama blanca" o "talco". Algunos de sus nombres en inglés son "coke", "C", "Snow", "Flake" y "blow". Los traficantes generalmente mezclan la cocaína con otras sustancias inertes, tales como la maicena, el talco o el azúcar; o con ciertas drogas activas como la procaína (un anestésico local de composición química parecida) u otros estimulantes, como las anfetaminas. Algunos consumidores combinan la cocaína con la heroína en lo que suelen llamar un "speedball" (en español también se conoce como "revuelto", "rebujo", "francés" o "café con leche").

Hay dos formas químicas de la cocaína que suelen consumirse: la sal de clorhidrato (que es soluble en agua) y los cristales de cocaína o base, conocida en inglés como “freebase” (que no son solubles en agua). La sal de clorhidrato, o la forma en polvo de la cocaína, se consume de forma inyectada o inhalada (“snorting”). Los cristales de cocaína o freebase han sido procesados con amoníaco o bicarbonato sódico y agua y luego calentados para eliminar el clorhidrato y producir una sustancia que se puede fumar. El término “crack”, el nombre de la calle para los cristales o base de cocaína, se refiere al sonido crujiente que se oye al fumar esta mezcla.¹¹

IV.1.2. Epidemiología.

En la Unión Europea, la cocaína es la droga ilegal más consumida entre los adultos jóvenes después del cannabis. Alrededor de 7,5 millones de jóvenes europeos de entre 15 y 34 años lo han probado alguna vez. La prevalencia media de consumo en cualquier etapa de la vida es del 5,3%. Sin embargo, cinco países superan este número, y España se encuentra entre ellos. En España, el consumo de cocaína aumentó entre 1994 y 2004 en todos los grupos de población.

En 2005, el 7% de los jóvenes de 15 a 64 años lo había probado alguna vez, el 3% en los últimos 12 meses y el 1,6% en el mes anterior a la encuesta. Tras una estabilización posterior (2005-2007), el consumo disminuyó por primera vez en 2010, con la excepción de un aumento experimental del consumo en el grupo de edad de 20 a 45 años (del 7% en 2005 al 10,2% en 2010).¹²

En la CA de Euskadi en 2010 y en el mismo grupo de edad, el 7,1% gastó alguna vez en la vida, el 1,6% el año pasado y el 1,1% el mes pasado. Junto con la disminución general en el uso de cocaína, encontramos que, en comparación con otros venenos, el mayor aumento en las solicitudes de tratamiento es por problemas causados por el uso de cocaína. En 2005, ya representaba el 62,1 por ciento de las primeras solicitudes de tratamiento de adicciones. Por el contrario, la necesidad de tratamiento suele ser tardía y surge cuando ya ha provocado conflicto personal, aumento de enfermedades psiquiátricas, fracaso laboral, conflicto familiar o exclusión social importante.¹³

IV.1.3. Historia.

La cocaína o benzoilmetilecgonina es el principal alcaloide obtenido de las hojas del arbusto *Erithroxylon Coca*, originario de América del Sur y utilizado desde la antigüedad (5000 a. de C.) con fines mágico-religiosos, médicos y estimulantes por poblaciones indígenas. A través de una serie de procesos químicos que incluyen sustancias como queroseno y ácido sulfúrico, la pasta de coca es extraída de las hojas y convertida en cocaína base.

En los países andinos ha servido para atenuar el cansancio y el mal de altura y anestesiarse el aparato digestivo para no sentir hambre. Entre los Incas la coca era manjar, medicina, y moneda. En 1855, Albert Niemann, aisló el alcaloide principal de la coca: la cocaína, que se comercializó rápidamente como “alimento para los nervios” y como forma inofensiva de curar la tristeza, anestésico, tensor de las cuerdas vocales, y “para otorgar a las mujeres vitalidad y hermosura”.¹⁴

Freud empezó a ensayar en 1880 su uso para el tratamiento de la neurastenia. Publicó donde valoraba de forma positiva el uso de la cocaína para el tratamiento de la depresión, el nerviosismo, la adicción a la morfina, el alcoholismo, los trastornos digestivos, e incluso el asma. Finalmente admitió los efectos negativos de la cocaína tras experimentar con un colega suyo, que tras ser tratado por dolor con inyecciones subcutáneas terminó desarrollando paranoia, delirios y pérdida de autocontrol.

Aun así, su comercialización por diversos laboratorios farmacéuticos hizo que se volviera muy popular. En el mundo de la ficción, Sherlock Holmes se inyectaba cocaína cuando su mente se quedaba atascada en la resolución de algún caso, e incluso se dice que Robert L. Stevenson escribió su obra “*El Dr. Jekyll y Mr. Hyde*” bajo su influencia. En el último tercio del siglo XIX aparecieron bebidas con cocaína, la más conocida la Coca Cola, de la que se suprimió en 1909 sustituyéndose por cafeína.

Hacia 1900 pastillas y jarabes de cocaína se encontraban disponibles en farmacias y droguerías con libre acceso. La cocaína se hizo ilegal en Estados Unidos en el año 1914, y en España no fue hasta el Código Penal de 1944 cuando se consideró ilegal, especificándose los delitos sobre su venta ilícita, el tráfico, y el consumo.¹⁵

IV.1.4. Patrón habitual del consumo de sustancias.

El Informe Mundial sobre las Drogas 2014 señaló que alrededor de 243 millones individuos (5% de la población mundial) de 15-64 años de edad consume alguna droga ilícita, de los cuales el 0.6% (aproximadamente 1 de cada 200) tiene problemas con el consumo. En México, según el último informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, la edad promedio en la que los usuarios consumen una droga de abuso por primera vez es a los 14.5 años, y la droga de inicio más frecuente es el alcohol (39.7%), seguida por la marihuana (31.1%) y el tabaco (20.8%).

IV.1.5. Proceso del efecto de la cocaína

Las investigaciones han permitido lograr un entendimiento claro sobre cómo la cocaína produce sus efectos placenteros y la razón por la cual es tan adictiva. Los científicos han descubierto regiones del cerebro que se excitan por todo tipo de estímulos gratificantes, tales como la comida, el sexo y muchas de las drogas de abuso. Uno de los sistemas neuronales que parece ser más afectado por la cocaína se origina en una región del cerebro medio llamada el área ventral del tegmento (AVT). Las fibras nerviosas originadas en el AVT se extienden a la región del cerebro conocida como núcleo accumbens, una de las áreas clave del cerebro involucrada en la gratificación. Los estudios en animales han demostrado que la gratificación aumenta los niveles de una sustancia química en el cerebro (o neurotransmisor) llamada dopamina, acrecentando así la actividad neuronal en el núcleo accumbens.¹⁶ En el proceso normal de comunicación, una neurona libera dopamina en la sinapsis (el pequeño espacio entre dos neuronas). Allí la dopamina se une a proteínas especializadas (llamadas receptores de dopamina) en la neurona adyacente, enviando así una señal a la misma. Una vez enviada la señal, la dopamina es eliminada de la sinapsis y es reciclada para volver a usarse en el futuro. Las drogas de abuso pueden interferir con este proceso de comunicación normal. Por ejemplo, los científicos han descubierto que la cocaína actúa bloqueando la eliminación de la dopamina de la sinapsis, lo que resulta en una acumulación de dopamina y una

amplificación de la señal a las neuronas receptoras. Esto es lo que causa la euforia inicial que suelen reportar los cocainómanos.

Efecto de la cocaína en el cerebro: Dentro del proceso normal de la comunicación, las neuronas liberan la dopamina dentro de la sinapsis, donde se une a los receptores de dopamina en las neuronas adyacentes. Normalmente, una proteína especializada llamada transportadora de dopamina recicla la dopamina devolviéndola a la neurona transmisora. Cuando se ha consumido cocaína, ésta se adhiere a la proteína transportadora de dopamina y bloquea el proceso normal de reciclaje, resultando en una acumulación de dopamina en la sinapsis, lo que magnifica o exagera los efectos placenteros de la cocaína.¹⁷

IV.1.6. Efectos a corto plazo del uso de la cocaína

Los efectos de la cocaína se presentan casi inmediatamente después de una sola dosis y desaparecen en cuestión de minutos o dentro de una hora. Los que consumen cocaína en cantidades pequeñas generalmente se sienten eufóricos, energéticos, conversadores y mentalmente alertas, particularmente con relación a las sensaciones visuales, auditivas y del tacto. La cocaína también puede disminuir temporalmente el apetito y la necesidad de dormir. Algunos consumidores sienten que la droga les ayuda a realizar más rápido algunas tareas simples, tanto físicas como intelectuales, mientras que a otros les produce el efecto contrario.

La forma en que se administra la cocaína determina el tiempo que dura el efecto inmediato de euforia. Mientras más rápida es la absorción, más intenso es el “high” o euforia que resulta; pero al mismo tiempo, cuanto más rápida es la absorción, menor es la duración del efecto de la droga. El “high” que se produce al inhalar la droga se demora en llegar, pero puede durar de 15 a 30 minutos. En contraste, los efectos que se obtienen fumando la cocaína pueden durar de 5 a 10 minutos.¹⁸

Los efectos fisiológicos a corto plazo que resultan del consumo de cocaína incluyen contracción de los vasos sanguíneos, dilatación de las pupilas y aumentos en la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Si se usan cantidades mayores se puede intensificar el “high” del usuario, pero también puede llevar a un comportamiento más extravagante, errático y violento. Algunas personas

que consumen cocaína han reportado desasosiego, irritabilidad y ansiedad. También pueden tener temblores, vértigos, espasmos musculares o paranoia. Además, puede haber graves complicaciones médicas asociadas con el abuso de la cocaína. Entre las complicaciones más frecuentes se encuentran algunos efectos cardiovasculares como alteraciones en el ritmo cardíaco y ataques al corazón; algunos efectos neurológicos incluyendo ataques cerebrovasculares, convulsiones, dolores de cabeza y hasta coma; y complicaciones gastrointestinales, como dolor abdominal y náusea. En raras ocasiones, puede ocurrir la muerte súbita la primera vez que se prueba la cocaína o de forma inesperada al consumirla subsiguientemente. Las muertes ocasionadas por la cocaína suelen ser el resultado de un paro cardíaco o de convulsiones seguidas por un paro respiratorio.¹⁹

IV.1.7. Efectos a largo plazo del uso de la cocaína.

Ya que la cocaína es una droga extremadamente adictiva, es muy difícil que una persona que la prueba pueda predecir o controlar hasta dónde continuará deseándola o consumiéndola. Asimismo, si la persona se vuelve adicta, el riesgo de recaídas es alto aún después de periodos largos de abstinencia. De acuerdo con algunos estudios recientes, durante periodos de abstinencia del uso de cocaína, el recuerdo de la euforia asociado con su uso, o solamente una referencia a la droga, puede disparar un deseo incontrolable de consumirla y terminar en una recaída.

Al ser expuesto repetidamente a la cocaína, el cerebro comienza a adaptarse a la misma y la vía de gratificación se vuelve menos sensible a los refuerzos naturales y a la droga en sí. El consumidor puede desarrollar tolerancia, lo que significa que necesitará una dosis cada vez mayor de la droga o que deberá consumirla con más frecuencia para obtener el mismo placer que cuando recién comenzó a usarla. Al mismo tiempo, los consumidores también se pueden volver más sensibles (sensibilización) a la ansiedad, las convulsiones u otros efectos tóxicos de la cocaína.²⁰

La cocaína se suele consumir repetidamente y en dosis cada vez mayores (en "binges"), lo que puede conducir a un estado de irritabilidad, inquietud y paranoia e incluso puede causar un episodio total de psicosis paranoica en el que se pierde el

sentido de la realidad y se sufre de alucinaciones auditivas. Al aumentar la dosis o la frecuencia del consumo, también aumenta el riesgo de sufrir efectos psicológicos o fisiológicos adversos.

Las reacciones adversas que resultan del consumo de cocaína varían dependiendo de cómo se administra. Por ejemplo, la inhalación regular puede causar una pérdida del sentido del olfato, hemorragias nasales, problemas al tragar, ronquera y una irritación general del tabique nasal, lo que puede producir una condición crónica de irritación y salida de secreción por la nariz. Cuando se ingiere, la cocaína puede causar gangrena grave en los intestinos porque reduce el flujo sanguíneo. Además, las personas que la inyectan tienen marcas de pinchazos y trayectos venenosos conocidos como “tracks”, usualmente en los antebrazos. Los usuarios intravenosos también pueden experimentar reacciones alérgicas, ya sea a la droga o a algunos de los aditivos que se agregan a la cocaína en la calle y, en los casos más severos, estas reacciones pueden provocar la muerte. El uso crónico causa pérdida del apetito haciendo que muchos consumidores tengan una pérdida significativa de peso y sufran de malnutrición.²¹

IV.1.8. Enfoques farmacológicos.

En la actualidad no hay un medicamento aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos que sirva para tratar la adicción a la cocaína. Por lo tanto, el NIDA está trabajando intensamente para identificar y probar nuevos medicamentos que sean seguros y eficaces para tratar este tipo de drogodependencia. Varios medicamentos comercializados para el tratamiento de otras enfermedades (por ejemplo, baclofeno, modafinilo, Tiagabina, disulfiram y topiramato) muestran potencial terapéutico y, en estudios clínicos controlados, se ha reportado que disminuyen el consumo de cocaína. Entre estos medicamentos, el disulfiram (utilizado para tratar el alcoholismo) ha sido el que más consistentemente ha disminuido el abuso de cocaína. Por otra parte, los nuevos conocimientos sobre cómo cambia el cerebro cuando se consume cocaína están dirigiendo la atención hacia nuevos objetivos para el desarrollo de medicamentos.

Los compuestos que actualmente se están probando para el tratamiento de la drogadicción se aprovechan de los cambios que la cocaína provoca en el cerebro, los cuales trastornan el balance entre la neurotransmisión excitatoria (el glutamato) y la inhibitoria (el ácido gamma-aminobutírico, conocido como GABA por sus siglas en inglés). Además, los receptores D3 de dopamina (un subtipo de receptor de dopamina) constituyen un novedoso objetivo farmacológico de gran interés. Actualmente se están investigando medicamentos que actúan sobre estos receptores para ver si son seguros para el uso en seres humanos. Por último, una vacuna contra la cocaína que impide la entrada de la cocaína al cerebro tiene un gran potencial para reducir el riesgo de las recaídas. Además de los tratamientos para la adicción, también se están desarrollando tratamientos médicos para hacer frente a las situaciones de emergencia agudas que resultan de las sobredosis de cocaína.²²

IV.1.9. Intervenciones conductuales.

Se ha encontrado que muchos tratamientos de modificación de la conducta son eficaces para tratar la adicción a la cocaína, tanto en ambientes residenciales como ambulatorios. De hecho, las terapias conductuales a menudo son el único tratamiento eficaz disponible para muchos de los problemas relacionados con las drogas, incluyendo las adicciones a estimulantes. Sin embargo, el enfoque más eficaz para tratar la adicción parece ser la integración del tratamiento conductual con el farmacológico.

Una forma de terapia conductual que está dando resultados positivos en la población de cocainómanos es el manejo de contingencias o incentivos para realzar la motivación. Los incentivos para realzar la motivación pueden ser particularmente útiles para ayudar a los pacientes a lograr la abstinencia inicial del consumo de cocaína y para posteriormente permanecer en tratamiento. Los programas usan un sistema basado en bonos o premios que recompensan a los pacientes que se abstienen del consumo de la cocaína y otras drogas. Basándose en las pruebas de orina que salgan libres de drogas, los pacientes se ganan puntos o fichas que pueden canjear por artículos que fomentan una vida saludable, tales como la inscripción a un gimnasio o salir a ver una película o a cenar. Este enfoque

recientemente ha demostrado ser práctico y eficaz en los programas de tratamiento comunitarios.²³

La terapia cognitiva-conductual es un enfoque eficaz para prevenir las recaídas. Esta terapia se centra en ayudar a las personas adictas a la cocaína a abstenerse y a mantenerse abstinente del consumo de cocaína y otras sustancias. La hipótesis subyacente es que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel importante en el desarrollo y la continuación del abuso y la adicción a la cocaína. Se pueden aprovechar estos mismos procesos de aprendizaje para ayudar a reducir el consumo de drogas y prevenir las recaídas. Este enfoque trata de ayudar a los pacientes a reconocer, evitar y enfrentar el consumo de drogas. Es decir, se les enseña a reconocer las situaciones en las que tienen más probabilidad de consumir cocaína, a evitarlas cuando sea posible y a enfrentar de manera más eficaz una serie de problemas y comportamientos asociados con el abuso de drogas. Esta terapia también es notable debido a que es compatible con una gran variedad de otros tratamientos que los pacientes pueden recibir, incluyendo la farmacoterapia.

Las comunidades terapéuticas o programas residenciales ofrecen otra alternativa a los que necesitan de tratamiento para la adicción a la cocaína. Estas comunidades terapéuticas requieren por lo general una estadía de 6 a 12 meses y usan a la “comunidad” entera del programa como un componente activo del tratamiento. Pueden incluir rehabilitación vocacional dentro de la misma comunidad, así como otros servicios de apoyo, y se concentran en la reinserción exitosa del paciente en la sociedad.²⁴

Los grupos de recuperación con base comunitaria, como los de Cocaína Anónimos, que utilizan un programa de 12 pasos, también pueden ser útiles para las personas que tratan de mantenerse en abstinencia. Los participantes pueden beneficiarse de un grupo de personas que los apoyen y con quienes puedan compartir problemas y asuntos comunes.

Es importante que los pacientes reciban servicios que traten todas sus necesidades. Por ejemplo, si un paciente está desempleado, puede ser útil ofrecerle rehabilitación vocacional o consejería laboral a la par del tratamiento para la adicción.

De igual manera, si un paciente tiene problemas matrimoniales, puede ser importante ofrecerle consejería de parejas.²⁵

IV.1.10. Efectos generales del uso de cocaína en el organismo.

La cocaína incrementa los niveles de Noradrenalina (NA), Dopamina (D) y en menor medida de Serotonina por bloqueo de su recaptación presináptica.

El aumento de Dopamina media la euforia que produce y parece el principal implicado en el mecanismo de adicción por la relación estrecha de este neurotransmisor con el sistema de recompensa cerebral. Con el consumo repetido se producen cambios en su disponibilidad: disminuye la síntesis de D y con ello sus niveles endógenos y su liberación, y se reduce la disponibilidad de los receptores D2/D3.

El exceso de Noradrenalina es el responsable de la mayoría de los efectos físicos y de las complicaciones agudas de la cocaína: aumento de presión arterial, dilatación pupilar, sudoración, temblor, etc. El consumo crónico también produce una disminución de la biodisponibilidad de Serotonina. Por último, la disminución de la permeabilidad de la membrana a los iones Na⁺ produce un bloqueo de la conducción nerviosa que explica su acción anestésica local.²⁶

Entre las drogas detectadas en las muertes directamente relacionadas con la reacción aguda del consumo de tóxicos ilegales en España, la cocaína es la más frecuente.

Los síntomas del consumo son consecuencia de su capacidad para estimular el SNC y el aparato cardiovascular y, como en otros estimulantes, las sobredosis pueden acabar produciendo efectos paradójicos de depresión neurológica y cardiovascular.

Respecto al Sistema Cardiovascular lo más frecuente es que el paciente consulte por palpitations. Suele objetivarse taquicardia sinusal y puede añadirse hipertensión arterial. A veces aparece dolor torácico de características anginosas. En el ECG pueden observarse arritmias y trastornos de isquemia-lesión, que pueden llegar al infarto agudo de miocardio. Menos frecuentes son la hipotensión arterial y el shock (signos de extrema gravedad), el aneurisma aórtico agudo, las bradicardias

con síndromes de QT largo y disección aórtica. Incrementa el riesgo de IAM y de muerte repentina siendo el fallo cardíaco la causa de más frecuente muerte asociada al consumo.

Sobre el SNC, y aunque la mayoría de los pacientes sean remitidos por inquietud o agitación, causa midriasis, mioclonías, convulsiones y coma de forma aguda, y deterioro cognitivo leve pero duradero y limitación de la plasticidad neuronal de forma crónica. También aumenta el riesgo de traumatismo craneal y accidentes cerebrovasculares hemorrágicos y/o isquémicos. Además, los usuarios de cocaína intravenosa tienen mayor probabilidad de contraer VIH y Hepatitis C y de presentar infiltrados pulmonares, edema pulmonar, y exacerbación asmática severa.

Otros síntomas pueden ser sudoración fría, náuseas, vómitos, sequedad bucal, isquemia intestinal, dolores musculares, rabdomiólisis, insuficiencia renal secundaria, alteraciones del equilibrio ácido-base y trastornos funcionales hepáticos y pancreáticos. En algunos pacientes que se inyectan cocaína, se ha constatado el desarrollo de un cuadro fulminante de shock y coagulación intravascular diseminada.²⁷

IV.1.11. Hábitos y estilo de vida de un cocainómano.

La última de las señales más característica y que apunta al consumo de cocaína es posiblemente un marcado cambio del estilo de vida. Cuando se consume cocaína se producen cambios en los horarios, el ciclo del sueño, la alimentación, la higiene personal. El tiempo que se dedican a otras actividades como aficiones o prácticas deportivas quedan poco a poco eliminadas. Por último, se percibe cierto cambio respecto de las relaciones sociales, que pueden quedar relegadas o sustituidas por personas afines al consumo de esta droga. Evidentemente este aspecto, el de los cambios de hábitos, es algo muy gradual, difícil de detectar o incluso no existente en etapas tempranas del consumo.²⁸

IV.1.12. Intoxicación por cocaína.

En los casos no complicados, los principales síntomas son verborrea, falta de apetito, inquietud, excitación psicomotriz (moviéndose continuamente), ansiedad e insomnio.

Si la intoxicación progresa se observa midriasis (dilatación pupilar con ojos brillantes, taquicardia, hiperreflexia (excesiva respuesta refleja) e incoordinación motriz. Aparece palidez facial a veces con náuseas y vómitos.

Por fin se llega al estado de ebriedad cocaína, en la que hay obnubilación, alteraciones sensoriales e incluso delirio alucinatorio. La presión arterial se eleva inicialmente y luego cae pudiendo llegar al colapso. También son frecuentes las alteraciones del ritmo cardíaco por acción directa sobre el miocardio.

En los casos muy graves se puede llegar a producir fibrilación ventricular y alteraciones respiratorias, convulsiones, hasta paro cardíaco.²⁹

IV.1.13. Dependencia de cocaína.

Es la necesidad irresistible de consumo (craving) de cocaína, aunque en muchos casos dicha necesidad se niegue por parte del sujeto que cree controlar dicho consumo.

El autoengaño es uno de los fenómenos más frecuentes asociados al consumo de cocaína. Desespera a la familia, a la pareja y a los allegados porque no saben cómo hacerle ver que tiene un problema. Hace necesario que el sujeto tome conciencia del problema y reconozca su dependencia para poder iniciar su tratamiento con visos elementales de éxito. Quien no reconozca el problema tendrá prácticamente imposible su recuperación.³⁰

IV.1.14. Diagnóstico.

Para diagnosticar trastornos por consumo de cocaína es necesario realizar una historia clínica completa del consumo de cocaína y otros tóxicos, incluyendo circunstancias de consumo, efectos, vías, frecuencia, cantidad y consecuencias (biológicas y psicosociales).

Así mismo, en el caso de que existan antecedentes o clínica psiquiátrica, debemos prestar una atención particular a la secuencia temporal entre los mismos y el consumo. Así, se podrá evitar el error de tratar con psicofármacos síntomas limitados secundarios al propio consumo.

Es básico además realizar un examen físico completo y exámenes complementarios para descartar infección por VIH y otras ETS, alteraciones cardíacas, déficits vitamínicos y desnutrición. A la hora de clasificar la patología relacionada con el consumo de cocaína, el DSM IV-TR recoge dos apartados:³¹

1. Trastornos por consumo de cocaína
F14.2x Dependencia de cocaína [304-20] F14.1. Abuso de cocaína [305.60]
2. Trastornos inducidos por cocaína
F14.00 Intoxicación por cocaína [292.89] F14.04 Intoxicación por cocaína, con alteraciones perceptivas F14.3 Abstinencia de cocaína [292.0] F14.03 Delirium por intoxicación por cocaína [292.81] F14.51 Trastorno psicótico inducido por cocaína, con ideas delirantes [292.11] Especificar si: De inicio durante la intoxicación F14.52 Trastorno psicótico inducido por cocaína, con alucinaciones [292.12] Especificar si: De inicio durante la intoxicación F14.8 Trastorno del estado de ánimo inducido por cocaína [292.84] Especificar si: De inicio durante la intoxicación/De inicio durante la abstinencia F14.8 Trastorno de ansiedad inducido por cocaína [292.89] Especificar si: De inicio durante la intoxicación de inicio/De inicio durante la abstinencia F14.8 Trastorno sexual inducido por cocaína [292.89] Especificar si: De inicio durante la intoxicación F14.8 Trastorno del sueño inducido por cocaína [292.89] Especificar si: De inicio durante la intoxicación/De inicio durante la abstinencia F14.9 Trastorno relacionado con cocaína no especificado [292.9]

- Dependencia a cocaína.

Según el DSM IV-TR, se define la dependencia como un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres o más de los siguientes ítems en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - Síndrome de abstinencia característico.
 - Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
 - La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
 - Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
 - Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
 - Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
 - Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia. Se realizarán especificaciones sobre el estado actual del consumo y sobre si existe dependencia física.³²

- Abuso de cocaína.

En el mismo manual, se define como un patrón desadaptativo de consumo, cuyos síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia mencionados anteriormente, y que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno o más de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.

2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.³³

- Intoxicación por cocaína.

La respuesta a la cocaína depende de la dosis, vía de administración, experiencias previas del sujeto, el ambiente, y no podemos olvidar que existe una parte de respuesta única de cada consumidor.

Con cualquier dosis pueden verse euforia que puede derivar en disforia, aumento de la comunicación verbal, autoconfianza y actividad sexual, inquietud psicomotriz, anorexia, insomnio, pupilas midriáticas, taquicardia, hipertensión y crisis con agitación. Con dosis altas se hacen más frecuentes la diaforesis, temblores, confusión y/o hiperactividad, aumentando de forma muy llamativa el riesgo de convulsiones, hemorragia cerebral, arritmias, muerte súbita.

Con el tiempo, aparece tolerancia a los efectos euforizante y anorexígeno. Se calcula que hasta una de cada tres visitas al servicio de urgencias relacionadas con drogas está motivada por un consumo de cocaína. Los motivos de consulta más frecuentes presentados en pacientes atendidos en los servicios de urgencias por intoxicación o sobredosis de esta droga son los siguientes:³⁴

Psiquiátricos	83 (54,6%)
Ansiedad	40 (26,3%)
Agitación	33 (21,7%)
Delirio	6 (3,9%)
Alucinaciones	4 (2%)
Cardiovasculares	38 (25%)
Palpitaciones	21 (13%)
Dolor torácico	17 (11,1%)
Neurológicos	19 (12,5%)

Disminución del nivel de conciencia	11 (7%)
Movimientos anormales	5 (3%)
Convulsiones	2 (1,9%)
Preocupación por consumo	20 (13,1%)
Tentativa de suicidio	11 (7,2%)

Hoy en día, por suerte, los test bioquímicos pueden ser utilizados para medir la presencia y la concentración de metabolitos de la cocaína en orina (más habitual), saliva, sangre o pelo, lo que contribuye a un mejor diagnóstico diferencial de la etiología del cuadro.

- Abstinencia a cocaína.
 1. Fase: El crash sigue inmediatamente a la discontinuación del consumo, teniendo una duración de 9 horas a 5 días. Los síntomas físicos son predominantes, mientras que el deseo de consumo va disminuyendo progresivamente.
 2. Fase: abstinencia propiamente dicha. Dura de 1 a 10 semanas.
 - Temprana. Normalización del ritmo de sueño y del estado de ánimo, baja ansiedad y bajo deseo de cocaína.
 - Media y tardía. Disforia, anhedonia, anergia, incremento de ansiedad, irritabilidad, intenso deseo de cocaína (craving) condicionado por sucesos que lo exacerban.
 3. Fase: extinción. Tiene una duración indefinida, pudiendo considerarse que se mantiene toda la vida. La caracterizan eutimia, recuerdo de los efectos agradables de la cocaína y deseo ocasional de cocaína en relación con estímulos condicionados.

A menudo no hay síntomas visibles de la abstinencia como vómitos o temblor, que pueden acompañar a la abstinencia de drogas como la heroína, y sin embargo el nivel de craving, irritabilidad y síndrome depresivo diferido rivaliza o excede a los de la abstinencia a otras drogas.³⁵

IV.1.15. Cocaína y DSM-5.

Lejos de pretender revisar los cambios detallados entre el manual diagnóstico anterior y éste, como principales diferencias se pueden destacar las siguientes:

La distinción entre Abuso y Dependencia desaparece, apareciendo el diagnóstico único de Trastorno por consumo de estimulantes (con subapartado de cocaína). Permanecería la Intoxicación por estimulantes y Abstinencia de estimulantes.

Los trastornos mentales inducidos por cocaína podrían ser diagnosticados, pero se incluirían en los apartados correspondientes a la psicopatología y no el consumo (por ejemplo, Trastorno psicótico inducido por sustancias, dentro del capítulo Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos).³⁶

IV.1.16. Tratamiento farmacológico de la intoxicación aguda.

Es básico tomar siempre las constantes vitales del paciente y monitorizar el ECG. La sobredosis de cocaína carece de antídoto y por ello requiere un tratamiento sintomático:

En caso de agitación, es necesario descartar hipoglucemia, hipoxia y asociación con otros psicoestimulantes. Se podrá administrar diazepam, midazolam o clonazepam intravenoso lento y se deberá evitar el riesgo de autolesiones con barandillas, contención física si precisa, entre otros.

Tanto si se objetivan convulsiones, como en caso de taquicardia, hipertensión o arritmias, el tratamiento de elección es el diazepam (sublingual, oral o intravenoso lento). Si coexisten hipertensión y arritmias, se utilizará labetalol, estando el propranolol contraindicado ya que puede desencadenar o empeorar la hipertensión arterial.

Por otra parte, la bradicardia con QT largo requiere taquicardia al paciente con una perfusión de isoprenalina y descartar una hipomagnesemia. Para la taquicardia ventricular se ha propuesto el uso de fenitoína.³⁷

IV.1.17. Tratamiento farmacológico de la dependencia.

Históricamente los intentos de encontrar una medicación para tratar la dependencia a cocaína se han focalizado en el bloqueo de los receptores

postsinápticos de Dopamina y la afinidad a los autorreceptores presinápticos que regulan su liberación. Hallazgos recientes se han centrado en otros sistemas de neurotransmisores que han ofrecido avances significativos, y de hecho las medicaciones más prometedoras modifican más la neurotransmisión de NA⁺ que de Dopamina.

Han sido probadas muchas medicaciones sin haber sido hallada aún una realmente eficaz.³⁸

Familia	Fármaco	Objetivo primario	Dependencia a droga	Eficacia (+/-)
Antidepresivo	Desipramina	NE	Cocaína	-
	Fluoxetina	5 HT	Cocaína	-
	Bupropión	NE, D	Cocaína, Metanfetaminas	-
	Venlafaxina	NE, 5HT, D	Cocaína	-
	Sertralina	5HT	Cocaína	-
	Imipramina	NE, 5HT	Cocaína	-
Estabilizadores del ánimo / Anticonvulsivantes	Carbamazepina	Sodio	Cocaína	-
	Litio	Inositol p3	Cocaína	-
	Fenitoína	Sodio, Calcio	Cocaína	-
	Vigabatrina	GABA	Cocaína	+
	Tiagabina	GABA	Cocaína	“+/-“
	Baclofeno	GABA	Cocaína	“+/-“
	Bromocriptina	D	Cocaína, Metanfetaminas	“+/-“
	Pergolida	D	Cocaína	-
	Amantadina	D	Cocaína	-
	Aripiprazol	D	Cocaína, Metanfetaminas	-
	Metilfenidato	D	Cocaína,	+

			Anfetaminas	
	Levodopa/carbodopa	D	Cocaína	+
	Modafinilo	D	Cocaína, Metanfetaminas	+
	Disulfiram	D, NE	Cocaína	-
	Nimodipina	Calcio	Cocaína	-

IV.1.18. Tratamiento no farmacológico de la dependencia.

Tratamientos psicológicos de la dependencia de cocaína		
Tratamientos eficaces	Tratamiento manualizado y protocolizado con psicólogos entrenados y un número suficiente de evidencias científicas derivadas de varios ensayos clínicos prospectivos controlados, randomizado y realizados con un número suficiente de pacientes o bien metaanálisis, que demuestren su eficacia en la prevención de recaídas.	Enfoque de Refuerzo Comunitario+ “vouchers”
Tratamientos probablemente eficaces	Tratamientos con evidencias que sustentan su utilización en dependientes de cocaína, aunque se precisa de un mayor número de ensayos clínicos controlados o metaanálisis que confirmen los resultados iniciales.	Counseling, asesoramiento o consejo individual y grupal. Exposición sistemática a estímulos y entrenamiento en habilidades de afrontamiento. Terapia Cognitivo-conductual (TCC).

		Prevencción de recaídas (P/R). Entrevista motivacional (EM).
Tratamientos que requieren más investigación	Tratamientos que requieren mayor protocolización y un número de ensayos clínicos cerrados, con un número suficiente de pacientes, para confirmar la evidencia de su eficacia. Tratamientos indicados para problemas comórbidos específicos	Terapia cognitivo-conductual para el desorden por estrés post-traumático (PTSD). Terapia familiar estratégica breve (BSFT). Terapia de apoyo expresiva (TSE). Terapia interpersonal (TIP).
Tratamientos útiles	Tratamientos psicológicos clásicos del ámbito de la salud mental que también se utilizan en dependientes de cocaína en los dispositivos de tratamiento y contribuyen a la estabilidad a largo plazo del paciente, aunque carecen de ensayos clínicos rigurosos y por tanto de evidencias que avalen su utilización	Psicoanálisis y terapias dinámicas. Terapia de pareja. Terapia familiar. Terapias grupales no estructuradas

IV.1.19. Síndrome de abstinencia.

Se produce por el cese del consumo de la droga y tiene tres fases:

- Crash: intensa depresión, agitación, ansiedad, sueño, hiperfagia y el sueño agitado durante tres o cuatro noches.

- Abstinencia: anergia, anhedonia, intensa necesidad de tomar droga, mejora entre las 16 y las 18 semanas.
- Extinción: en su forma aguda (de repente, por dejar la droga de forma brusca) se presentan convulsiones, arritmia cardíaca, temblores, irritabilidad, alucinaciones, palpitaciones, hipertensión, sudoración e hiperreflexia.³⁹

IV.1.20. Manejo integral de la crisis de abstinencia.

El manejo integral de la crisis de abstinencia por cocaína aborda las esferas que se ven involucradas en esta patología; como son la farmacoterapia, la psicoterapia, los grupos de apoyo y reforzadores de conductas y el cambio de ambiente y/o situaciones que produzcan o exacerben el impulso de consumo.

IV.1.21. Efectos y usos medicinales.

La cocaína aumenta el riesgo de sufrir trombosis, derrame cerebral e infarto de miocardio, acelera la arterioesclerosis y provoca paranoia transitoria en la mayoría de los adictos. El uso continuo mediante la aspiración nasal de la cocaína (esnifar) puede producir congestión nasal, ulceración de la membrana mucosa, hasta incluso perforación del tabique nasal. Si bien la cocaína produce mayor excitación sexual, también puede provocar impotencia sexual o disfunción eréctil. La cocaína puede producir complicaciones cardiovasculares en las arterias del corazón y del cerebro, lo que puede provocar infarto del corazón.

La cocaína es un anestésico local, pero debido a la alta peligrosidad de adicción y la marcada toxicidad no se emplea. La cocaína sirve como sustancia para muchos anestésicos locales, como por ejemplo: lidocaína, benzocaína y escandicaína.

Cuando se emplea la vía intranasal el inicio de la acción es a los dos minutos (cinco a diez minutos cuando se emplea la vía intravenosa) y el efecto máximo ocurre entre quince y veinte minutos, hasta un máximo de una hora. Cuando la administración es oral el índice de absorción es bajo y la duración de la acción es prolongada.⁴⁰

IV.1.21.1. Acción farmacológica.

La cocaína tiene las siguientes acciones farmacológicas generales:

- Amina simpaticomimética indirecta de tipo I.
- Anestesia local por bloqueo de la transmisión nerviosa.
- Estímulo del sistema nervioso central.
- Anorexia e inhibición del sueño por acciones sobre el hipotálamo, sistema reticular ascendente y cerebelo.

Como consecuencia de estas acciones farmacológicas la cocaína tiene unos efectos clínicos que pueden resumirse como sigue:

- Vasoconstricción periférica, taquicardia, incremento de la contractilidad cardiaca, hipertensión, midriasis, temblor y sudoración, todo ello por acción sobre los receptores alfa y beta-adrenérgicos.
- Incremento de la temperatura por incremento de la actividad física, vasoconstricción y alteración directa del centro hipotalámico de control térmico.
- Estímulo potente del SNC por acción dopaminérgica. Este efecto varía según la dosis, la vía, el ambiente y las expectativas del consumidor. Con dosis bajas se produce incremento del tono vital y de la energía, disminución del apetito, insomnio, aumento del rendimiento intelectual y físico, hiperactividad motora, verbal e ideatoria, disminución de la fatigabilidad e incremento de los placeres en alerta. Tras un consumo moderado los consumidores no adictos experimentan habitualmente un periodo de cansancio y, en ocasiones, disforia y deseo de tomar cocaína que dura horas. Con dosis más altas y/o en personas predispuestas pueden aparecer alteraciones de la capacidad crítica y discriminativa, ilusiones y/o alucinaciones auditivas, táctiles y visuales, estereotipias, bruxismo y convulsiones.⁴¹

IV.1.21.2. Efectos psicológicos.

La acción estimulante de la cocaína deriva principalmente de su capacidad para inhibir la recaptación de los neurotransmisores norepinefrina, serotonina y, sobre todo, dopamina en las sinapsis del SNC. La hipótesis dopaminérgica de la

recompensa cocainica está basada en la afinidad de la cocaína por el transportador de dopamina, pero la acción sobre este neurotransmisor no explica todos los efectos clínicos de la cocaína. La activación serotoninérgica, norepinefrinérgica, gabaérgica, glutaminérgica, histaminérgica, acetilcolinérgica y feniletilaminérgica están también implicadas, aunque los detalles de las mismas son menos conocidos. Junto a los efectos psicológicos sobre el ánimo, la cognición, los instintos y la conciencia, la liberación de neurotransmisores producida por la cocaína proporciona también disminución del umbral convulsivo, temblor, cambios en la activación eléctrica, emesis, hiperpirexia, taquicardia, hipertensión, diaforesis, retraso en la eliminación urinaria y fecal, contracciones musculares y enrojecimiento facial. Además, el consumo repetido de cocaína produce tolerancia y puede producir dependencia.⁴²

IV.1.21.3. Neurobiología de la adicción a drogas.

Ahora sabemos que la sensación placentera que experimentamos al llevar a cabo conductas como comer, beber o tener sexo es regulada por diversos sistemas. El más estudiado es el sistema de Olds y Milner, el sistema de motivación y recompensa, que está anatómicamente constituido por neuronas dopaminérgicas agrupadas en la llamada área ventral tegmental (AVT). Estas neuronas del AVT proyectan al núcleo accumbens (NAcc) y a la amígdala (AMI), constituyendo la vía mesolímbica, y a la corteza prefrontal (CPF) constituyendo la vía mesocortical, en donde la dopamina ejerce su acción sobre los receptores dopaminérgicos D1 y D2 expresados en las neuronas del núcleo accumbens y sobre terminales glutamatérgicas que llegan de otras estructuras, como la CPF y la AMI. Cabe señalar que no son las únicas vías dopaminérgicas en el cerebro, pero sí las importantes para el sistema de motivación y recompensa.

El AVT se activa cuando realizamos una tarea gratificante, como comer o tener sexo (al alimento y al sexo los llamaremos reforzadores necesarios, porque responden a una necesidad homeostática), consecuentemente aumenta la liberación de dopamina en el NAcc y lo activa; mientras que, a la AMI, la inhibe. Este mismo sistema es activado por drogas de abuso (a las drogas las llamamos reforzadores vacíos, porque no responden a una necesidad homeostática). A diferencia de los

reforzadores necesarios, las drogas de abuso activan intensamente al AVT, promoviendo una mayor liberación de dopamina y facilitando una mayor sensación placentera. Estas sustancias afectan al sistema de motivación y recompensa, generando una liberación masiva de dopamina asociada al consumo y una reducción en su liberación, incluso por debajo de la liberación basal al cesar el consumo. Durante la abstinencia del consumo de la droga se manifiesta esta reducción en la liberación de dopamina, que se ha relacionado con el estado de ánimo disfórico que afecta al usuario, que puede ser craving o síndrome de abstinencia y que frecuentemente lo obliga a consumir la sustancia de nuevo.

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variables	Definición	Indicadores	Escala
Manejo integral	Se reconoce el beneficio de combinar los tratamientos convencionales con terapias complementarias.	Sí. No.	Nominal
Edad	Tiempo cronológico desde el nacimiento hasta el momento del ingreso hospitalario.	Años cumplidos.	Numérica
Sexo	Estado fenotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo.	Masculino. Femenino.	Nominal
Procedencia	Lugar o persona del que procede alguien.	Santo Domingo (Este, Oeste, Norte). Distrito Nacional.	Nominal
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano.	Católica Evangélica Otra Ninguna	Nominal
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Casado Soltero Divorciado Viudo Separado Unión libre	Nominal
Escolaridad	Es el conjunto de estudios realizados por el paciente.	Analfabeto Primario Secundario	Nominal

		Técnico Superior	
Motivaciones del usuario	Estimulación que produce la asistencia del usuario al centro de rehabilitación.	Voluntaria. Inducida.	Nominal
Antecedentes patológicos	No es otra cosa que las enfermedades que presentó o presenta actualmente un paciente.	Antecedentes clínicos Historia de abuso Antecedentes familiares. Antecedentes psiquiátricos. Abuso de drogas en familiares.	Nominal
Hábitos tóxicos	Al consumo frecuente de alguna sustancia dañina para la salud y que resulta a veces difícil de superar, a pesar de tener conocimientos del peligro que su utilización ocasiona.	Consumo de drogas; sustancia de inicio, edad del primer consumo, tipos de sustancias, drogas de preferencia, última sustancia consumida.	Nominal
Patrón de uso	Cantidad de sustancias que se usan de forma concomitante.	Alcohol Cocaína Heroína Opioide Sedante Marihuana Crack	Nominal
Tiempo de consumo	Continuo de alcohol, drogas ilícitas o el uso indebido de medicamentos recetados o de venta	< 1 año 1-5 años 6-10 años 11-15 años	Numérica

	libre con consecuencias negativas.	≥ 16 años	
Participo en programas	Opinión emitida por los pacientes.	Alcohólicos anónimos Hogar Crea Hogares cristianos Otros	Nominal
Intentó rehabilitarse por su cuenta sin tener éxito	Opinión emitida por los pacientes.	Muchas veces Varias veces Pocas veces	Nominal
Consecuencias psicosociales del uso de sustancias	Opinión emitida por los pacientes.	Familiares Empleo Económicos Legales No especificados Negados	Nominal
Cuando no satisface su adicción se siente	Opinión emitida por los pacientes.	Ansioso Irritable Triste Desesperado Anorexia Síntomas gastrointestinales Insomnio Otros síntomas	Nominal

VI. MATERIAL Y MÉTODOS.

VI.1. Tipo de estudio.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal de recolección retrospectiva de datos, con el objetivo de determinar el manejo integral de la crisis de abstinencia en pacientes dependientes de cocaína tratados en el Centro de Atención Integral de las Dependencias (CAIDEP) en el período enero- junio 2022.

VI.2. Demarcación geográfica.

El presente estudio se realizó en el Centro de Atención Integral a las Dependencia (CAIDEP), que está localizado en el Hospital Dr. Francisco Eugenio Moscoso Puello, ubicado en la Av. Nicolás de Ovando, Santo Domingo. Delimitado, al Norte, por la Av. Nicolás de Ovando; al Sur, por la Calle 35 Oeste; al Este, por la Calle Josefa Brea; al Oeste, por la Calle 16 Norte. (Ver mapa cartográfico y vista aérea).



Mapa cartográfico



Vista aérea

VI.3. Universo.

Estuvo constituido por todos los expedientes de los pacientes (256) que acuden al Centro de Atención Integral a las Dependencia (CAIDEP) enero- junio 2022.

VI.4. Muestra.

La muestra estuvo constituida por todos los expedientes de los pacientes (90) dependientes de cocaína tratados en el Centro de Atención Integral a las Dependencia (CAIDEP) enero- junio 2022.

VI.5. Criterios de inclusión.

1. Expedientes de pacientes con dependencias a cocaína.
2. Expedientes de pacientes con crisis por la abstinencia.
3. Expedientes de pacientes que asistieron a consulta durante el periodo de estudio.

VI.6. Criterios de exclusión.

1. Expedientes de pacientes con otras dependencias.
2. Expedientes de pacientes que no asistieron durante el periodo de estudio.

VI.7. Instrumento de recolección de datos.

Para la recolección de datos se elaboró un formulario por las sustentantes y revisado por los asesores metodológico y clínico, con 21 preguntas mixtas.

Este formulario contiene los datos sociodemográficos de los pacientes tales como edad, sexo y más datos relacionados con el manejo integral de la crisis de abstinencia en pacientes dependientes de cocaína tratados en el Centro de Atención Integral de las Dependencias (CAIDEP) en el período enero- junio 2022.

VI.8. Procedimiento.

El formulario fue llenado a partir de las informaciones ofrecidas por los pacientes contenida en los expedientes clínicos del el Centro de Atención Integral de las Dependencias (CAIDEP), por las sustentantes durante el periodo de la investigación bajo la supervisión de un asesor clínico y un asesor metodológico, en el periodo de enero-junio 2022.

VI.9. Tabulación

Una vez obtenidos los datos de los expedientes seleccionados para el estudio se procedió a la tabulación. Haciendo uso de la plataforma de Microsoft Excel y Word 2010 disponiendo cada variable con su categoría o indicador con el número de caso determinado y sus respectivos porcentajes, representados mediante tablas y gráficos para su mejor interpretación.

VI.10. Análisis.

Se analizó por medio de frecuencias simples.

VI.11. Aspectos éticos.

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). El protocolo de estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como en el Centro de Atención Integral a las Dependencia (CAIDEP), cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implicó el manejo de datos identificatorios ofrecidos por personal que labora en el centro de salud. Los mismos fueron manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por clave asignada y manejada únicamente por las investigadoras. Todos los informantes identificados durante esta etapa fueron abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser contactadas en las etapas subsecuentes del estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenida en los expedientes clínicos fue protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

VII. RESULTADOS.

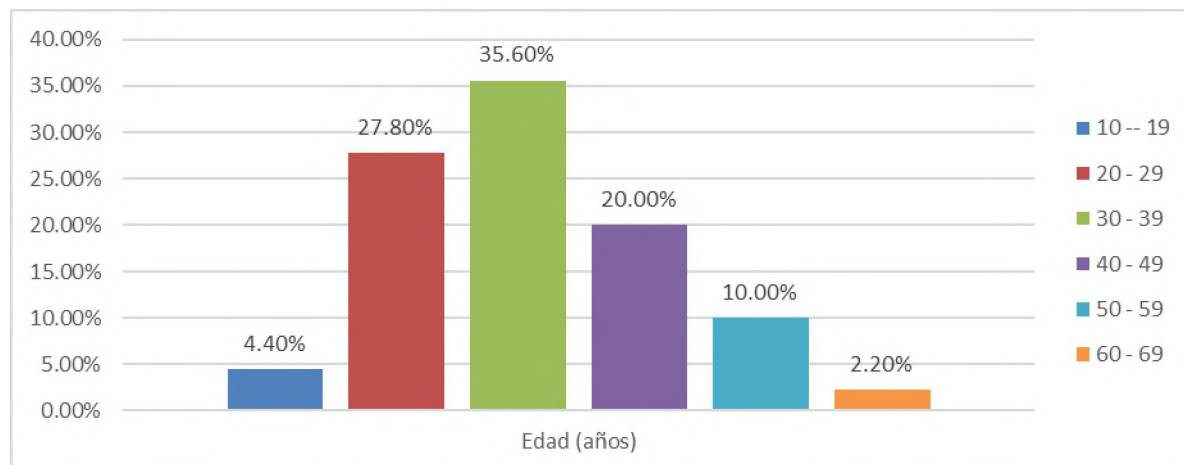
Tabla 1. Distribución de los pacientes por edad.

Edad (años)	Frecuencia	%
10–19	4	4.4
20–29	25	27.8
30–39	32	35.6
40–49	18	20.0
50–59	9	10.0
60–69	2	2.2
Total	90	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 35.6 por ciento de los pacientes tenían una edad entre 30 a 39 años y el 27.8 por ciento una edad comprendida entre 20-29 años, lo que deja claro que la cocaína no siempre es la droga de inicio de los consumidores.

Gráfico 1. Distribución de los pacientes por edad.



Fuente: Tabla 1.

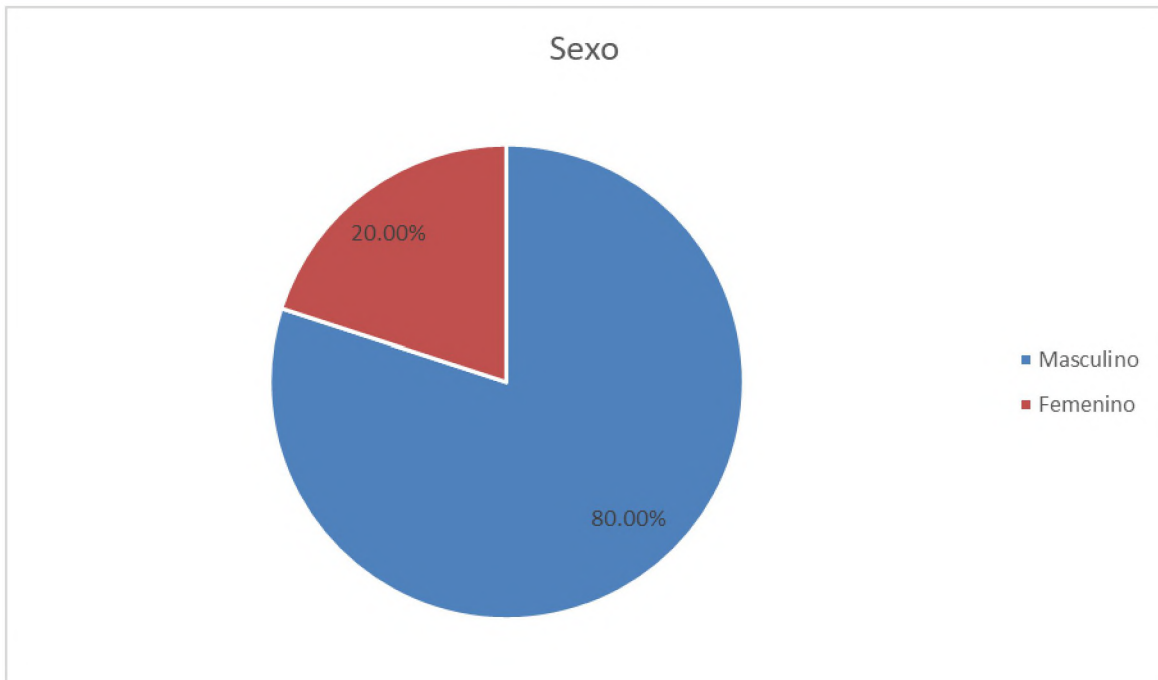
Tabla 2. Distribución de los pacientes en abstinencia según el sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	72	80.0
Femenino	18	20.0
Total	90	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 80.0 por ciento de los pacientes eran del sexo masculino. Esto refuerza lo descrito por Jesús Morcillo García en la Universidad Miguel Hernández España en el año 2018 que los hombres están más expuestos que las mujeres a sustancias estimulantes.

Gráfico 2. Distribución de los pacientes en abstinencia según el sexo.



Fuente: Tabla 2.

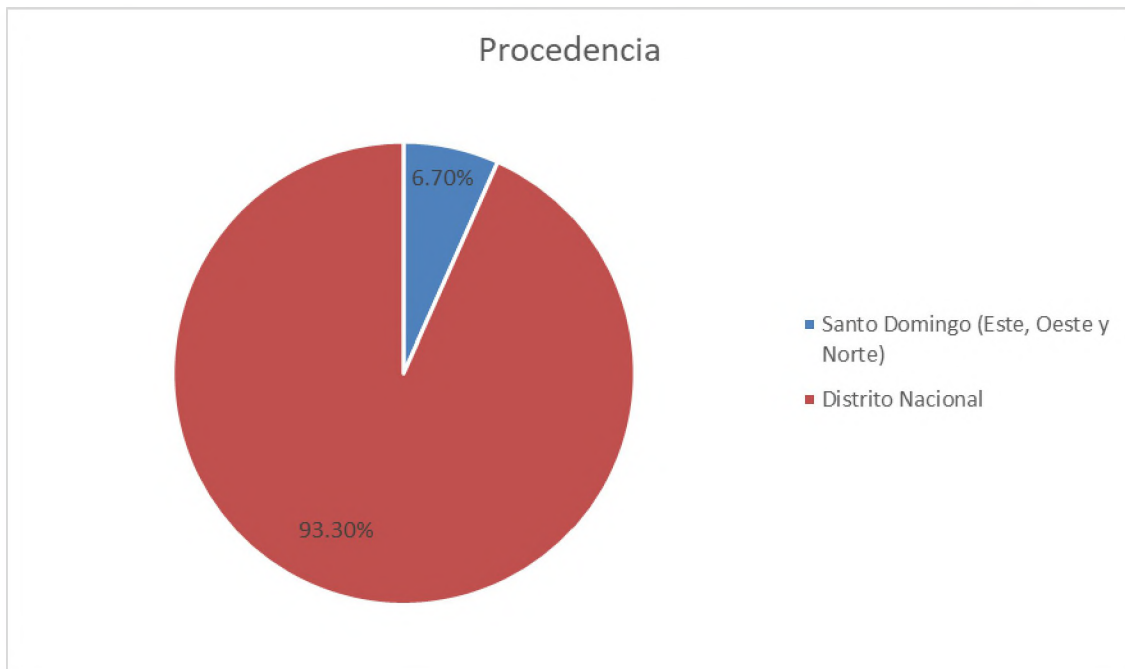
Tabla 3. Distribución de los pacientes en abstinencia de acuerdo a su procedencia.

Procedencia	Frecuencia	%
Santo Domingo (Este, Oeste y Norte)	6	6.7
Distrito Nacional	84	93.3
Total	90	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 93.3 por ciento de los pacientes procedían del Distrito Nacional y el 6.7 por ciento de Santo Domingo y sus municipios.

Gráfico 3. Distribución de los pacientes en abstinencia de acuerdo a su procedencia.



Fuente: Tabla 3.

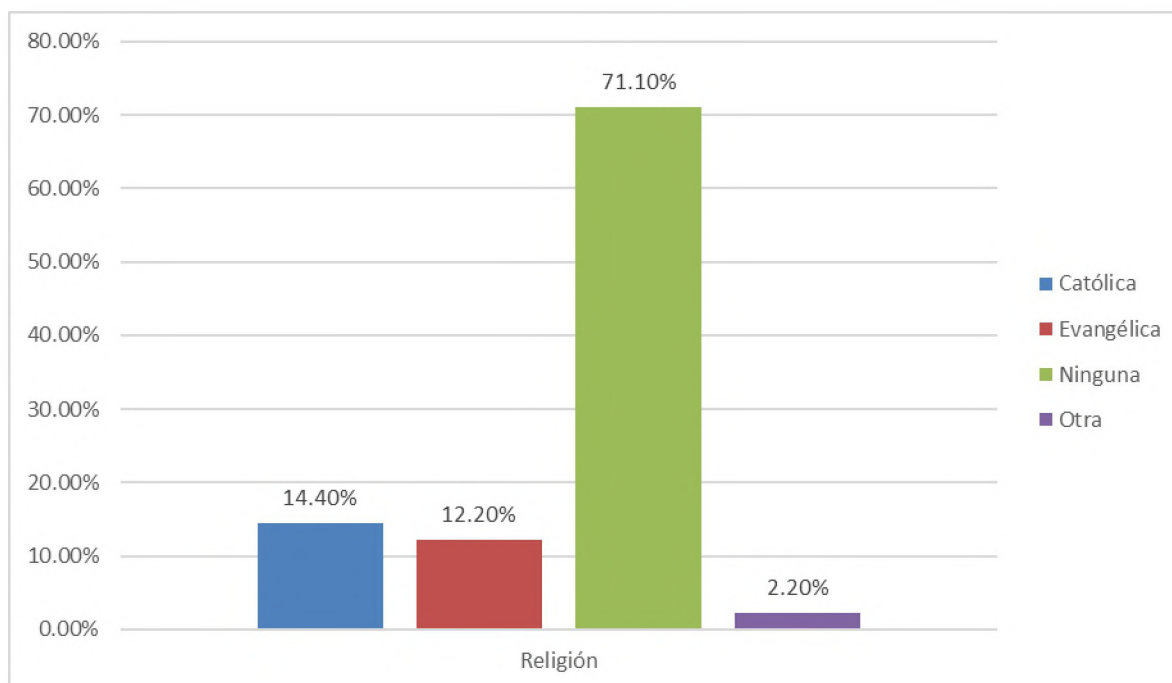
Tabla 4. Distribución de los pacientes de acuerdo a la religión con que se identifican.

Religión	Frecuencia	%
Católica	13	14.4
Evangélica	11	12.2
Ninguna	64	71.1
Otra	2	2.2
Total	90	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 71.1 por ciento de los pacientes no eran de ninguna religión, y aunque gran cantidad se identificaban con estas religiones, dejaban claro que en el momento no la estaban practicando.

Gráfico 4. Distribución de los pacientes de acuerdo a religión con que se identifican.



Fuente: Tabla 4.

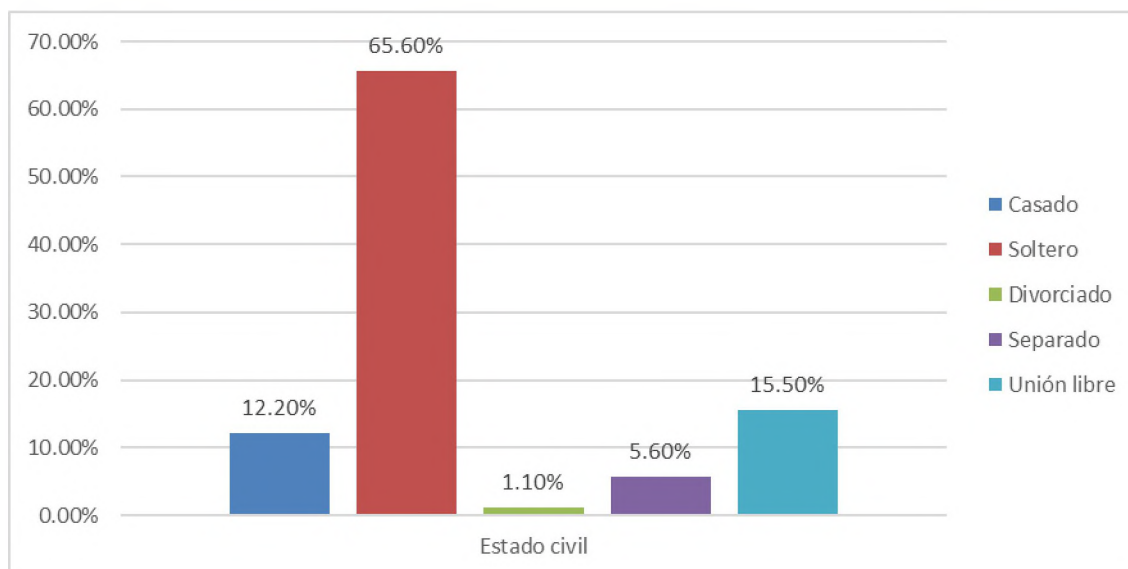
Tabla 5. Distribución de los pacientes en abstinencia por su estado civil.

Estado civil	Frecuencia	%
Casado	11	12.2
Soltero	59	65.6
Divorciado	1	1.1
Separado	5	5.6
Unión libre	14	15.5
Total	90	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 65.6 por ciento de los pacientes eran solteros (separados de unión libre), referían haber perdido sus familias por problemas relacionados al consumo.

Gráfico 5. Distribución de los pacientes en abstinencia por su estado civil.



Fuente: Tabla 5.

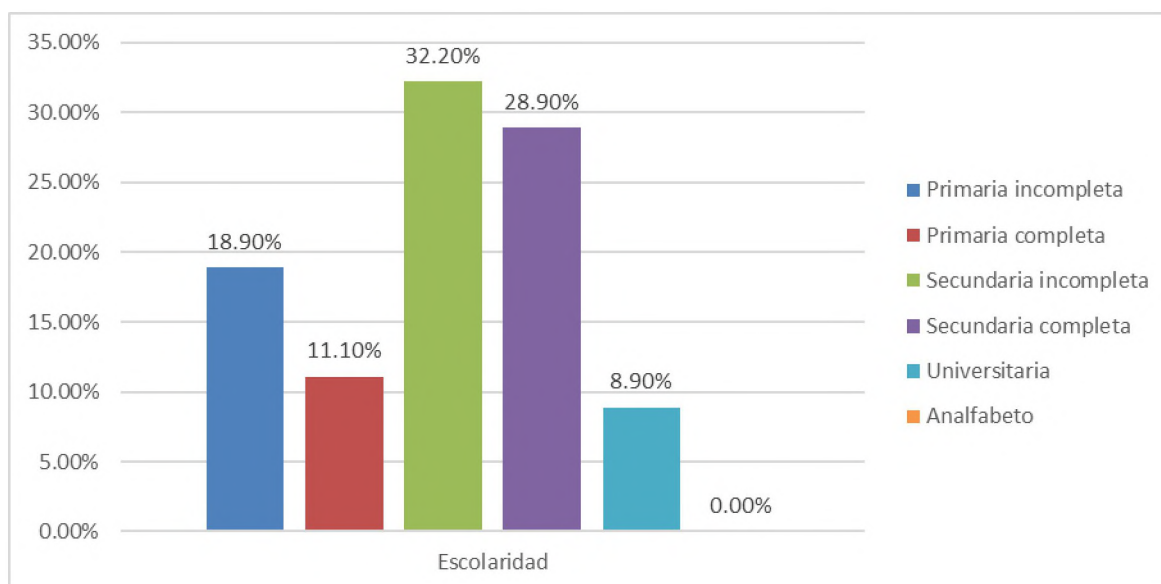
Tabla 6. Distribución de los pacientes en abstinencia de acuerdo al nivel de escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	%
Primaria incompleta	17	18.9
Primaria completa	10	11.1
Secundaria incompleta	29	32.2
Secundaria completa	26	28.9
Universitaria	8	8.9
Analfabeto	0	0.0
Total	90	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 32.2 por ciento de la escolaridad de los pacientes fue la secundaria incompleta, el 28.9 por ciento la secundaria completa, esto refuerza la tendencia de haber usado su primera sustancia de consumo y haberse iniciado en actos de vandalismo y otras conductas delictivas dejando así los estudios secundarios o no continuando a estudios superiores luego de haber concluido la secundaria.

Gráfico 6. Distribución de los pacientes de acuerdo a nivel de escolaridad.



Fuente: Tabla 6.

Tabla 7. Distribución de los pacientes en abstinencia conforme a su motivación para rehabilitarse.

Motivación a rehabilitarse.	Frecuencia	%
Voluntaria	71	78.9
Inducida	19	21.1
Total	90	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 78.9 por ciento de los pacientes acudieron de manera voluntaria al centro.

Gráfico7. Distribución de los pacientes en abstinencia conforme a su motivación para rehabilitarse.



Fuente: Tabla 7.

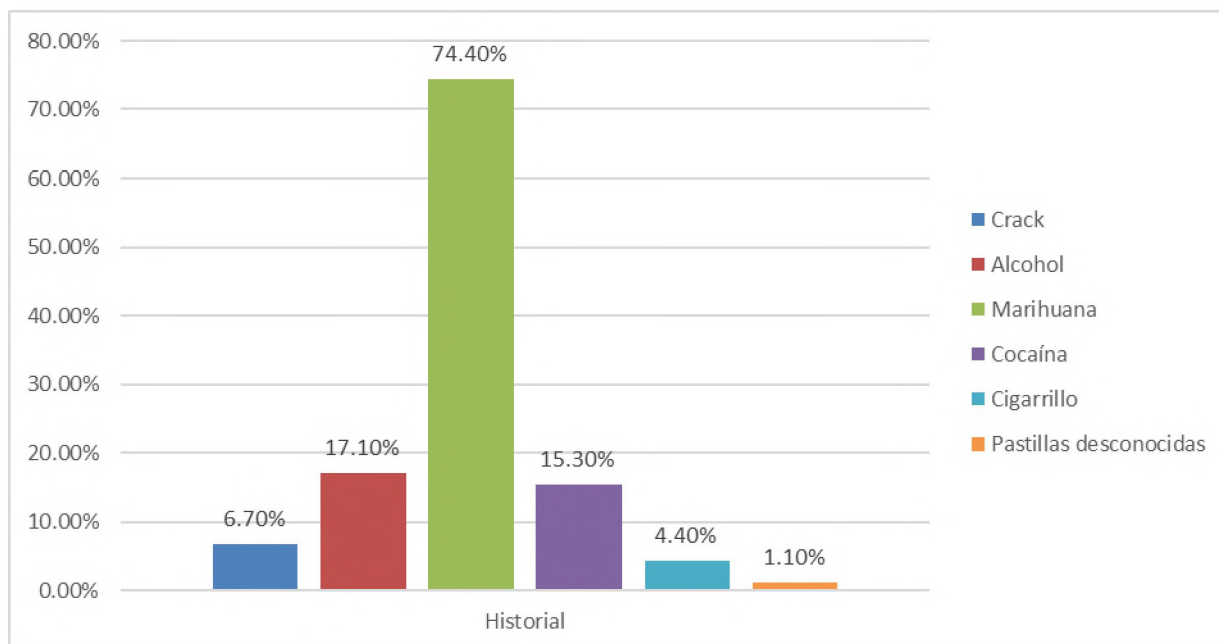
Tabla 8. Distribución de los pacientes en abstinencia de acuerdo a la sustancia de inicio.

Según sustancia de inicio	Frecuencia	%
Crack	6	6.7
Alcohol	19	17.1
Marihuana	67	74.4
Cocaína	17	15.3
Cigarrillo	4	4.4
Pastillas desconocidas	1	1.1

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 74.4 por ciento de sustancia de inicio en los pacientes era la marihuana, esto demuestra la alta tendencia de droga de inicio de la misma y también refuerza la idea de que no necesariamente el adicto utiliza una sola sustancia de abuso y que a su vez no siempre inician con la sustancia en la cual están en abstinencia actualmente.

Gráfico 8. Distribución de los pacientes en abstinencia de acuerdo a la sustancia de inicio.



Fuente: Tabla 8.

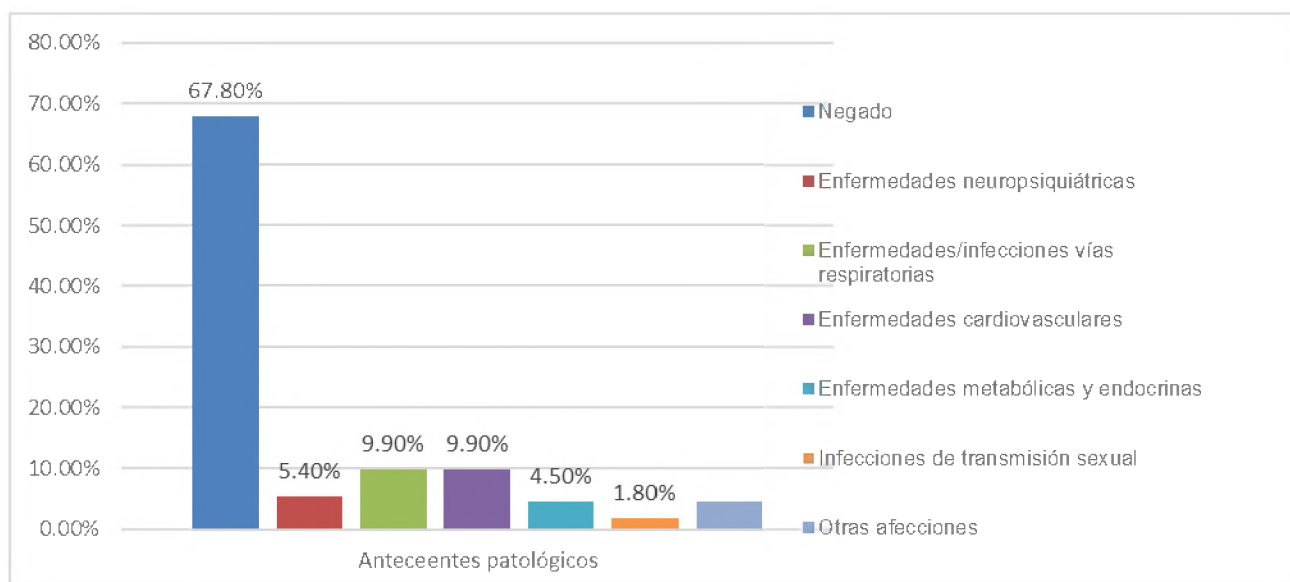
Tabla 9. Distribución de los pacientes en abstinencia conforme a sus antecedentes patológicos.

Antecedentes patológicos	Frecuencia	%
Negado	61	67.8
Enfermedades Neuropsiquiátricas	6	5.4
Enfermedades/ infecciones vías respiratorias	11	9.9
Enfermedades cardiovasculares	11	9.9
Enfermedades metabólicas y endocrinas	5	4.5
Infecciones de transmisión sexual	2	1.8
Otras afecciones	5	4.5

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 67.8 por ciento de los pacientes niegan tener algún antecedente patológico o desconoce si tiene algún antecedente. Es bueno mencionar que una gran mayoría de estos pacientes tienen algún grado de deterioro cognitivo, no es una de las variables de este estudio, pero puede considerarse para investigaciones futuras.

Gráfico 9. Distribución de los pacientes conforme a sus antecedentes patológicos.



Fuente: Tabla 9.

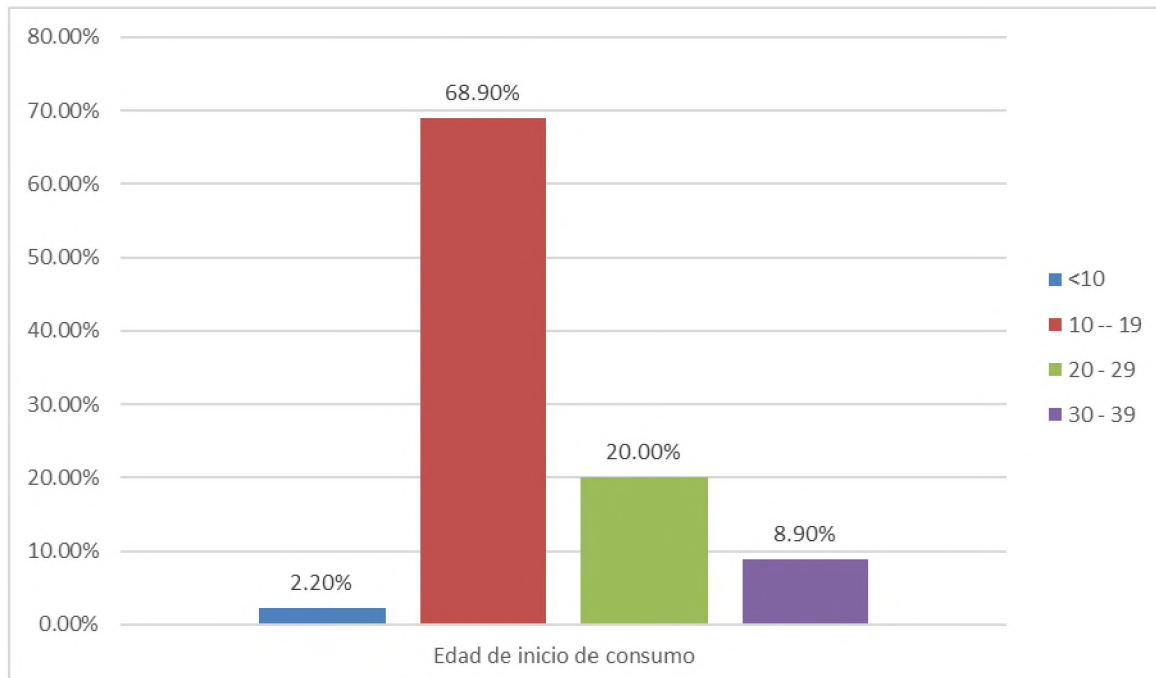
Tabla 10. Distribución de los pacientes en abstinencia conforme a edad de inicio de consumo.

Edad de inicio de consumo	Frecuencia	%
<10	2	2.2
10-19	62	68.9
20-29	18	20.0
30-39	8	8.9
Total	90	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 68.9 por ciento de la edad de consumo en los pacientes fue entre los 10 a 19 años, esto refuerza la tendencia de que, a menor edad de inicio del consumo, mayor riesgo de desarrollar adicción.

Gráfico 10. Distribución de los pacientes conforme a edad de inicio de consumo.



Fuente: Tabla 10.

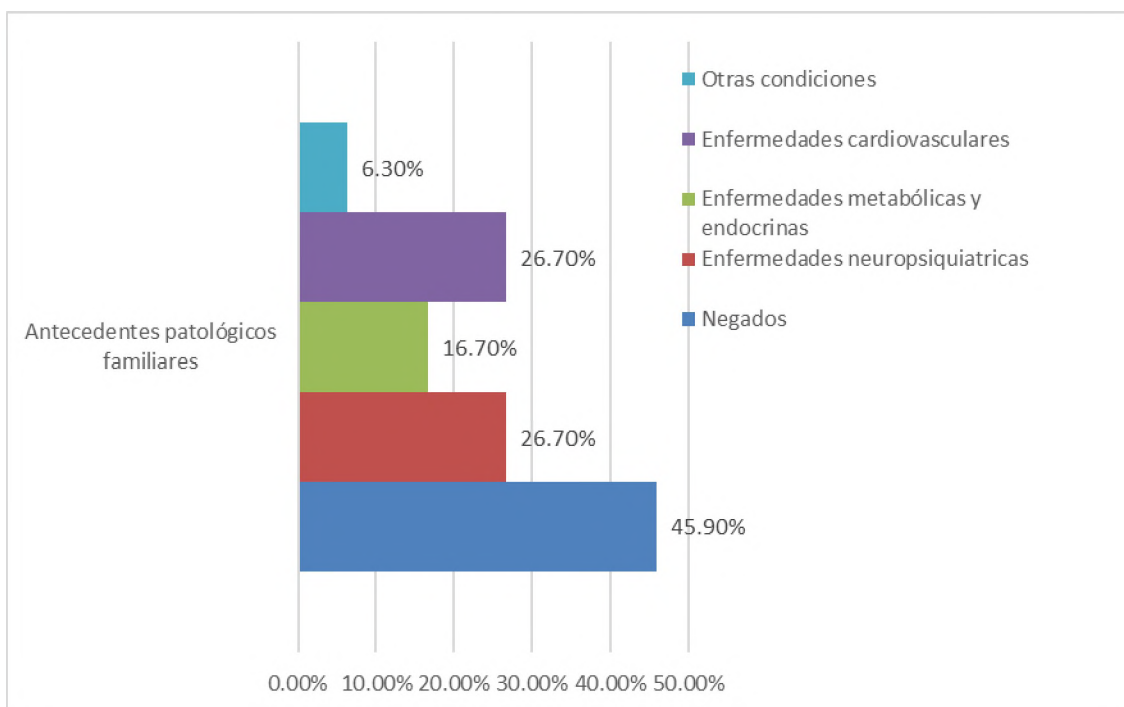
Tabla 11. Distribución de los pacientes en abstinencia conforme a antecedentes patológicos familiares.

Antecedentes patológicos familiares	Frecuencia	%
Negados	51	45.9
Enfermedades neuropsiquiátricas	24	26.7
Enfermedades metabólicas y endocrinas	16	16.7
Enfermedades cardiovasculares	24	26.7
Otras condiciones	7	6.3

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 45.9 por ciento de los pacientes niegan tener antecedentes patológicos familiares, el 26.7 por ciento coinciden con enfermedades neuropsiquiátricas y enfermedades cardiovasculares como antecedentes.

Gráfico 11. Distribución de los pacientes en abstinencia conforme a antecedentes patológicos familiares.



Fuente: Tabla 11.

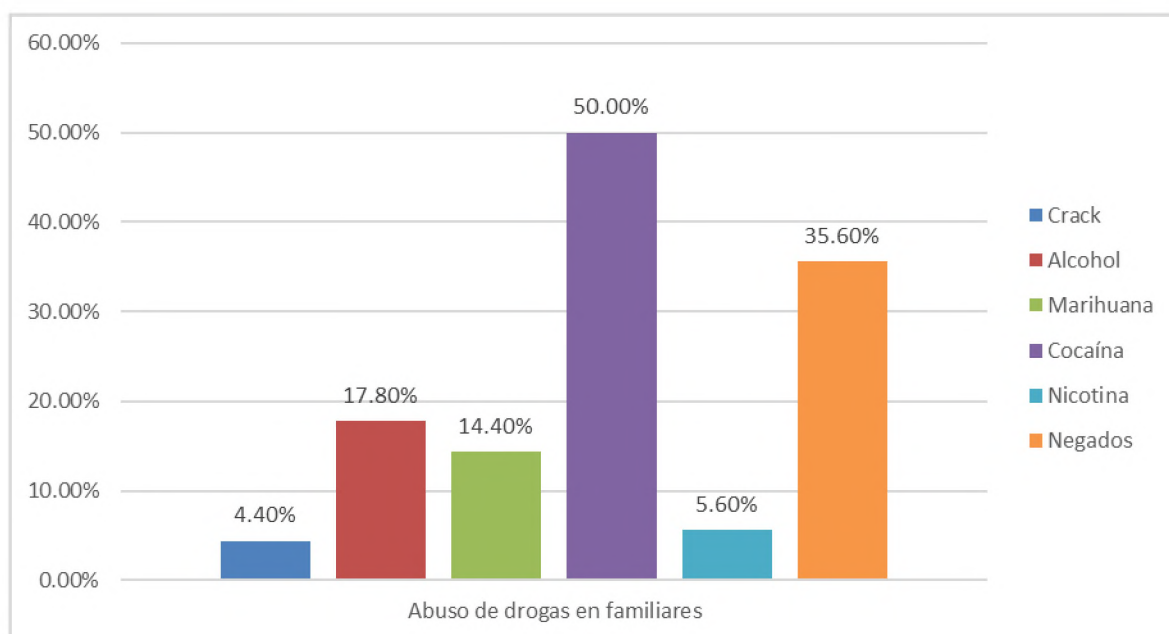
Tabla 12. Distribución de los pacientes en abstinencia de acuerdo a historia familiar de uso de sustancias.

Historia familiar de uso de sustancia	Frecuencia	%
Crack	4	4.4
Alcohol	16	17.8
Marihuana	13	14.4
Cocaína	45	50.0
Nicotina	5	5.6
Negados	32	35.6

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 50.0 por ciento de abuso de drogas en familiares fue la cocaína, el 17.8 por ciento el alcohol, el 14.4 por ciento marihuanas, el 5.6 por ciento nicotinas, el 4.4 por ciento el crack y el 35.6 por ciento negados. Un gran porcentaje de pacientes consumidores tienen familiares que también consumen algún tipo de sustancia.

Gráfico 12. Distribución de los pacientes en abstinencia de acuerdo a historia familiar de uso de sustancias.



Fuente: Tabla 12.

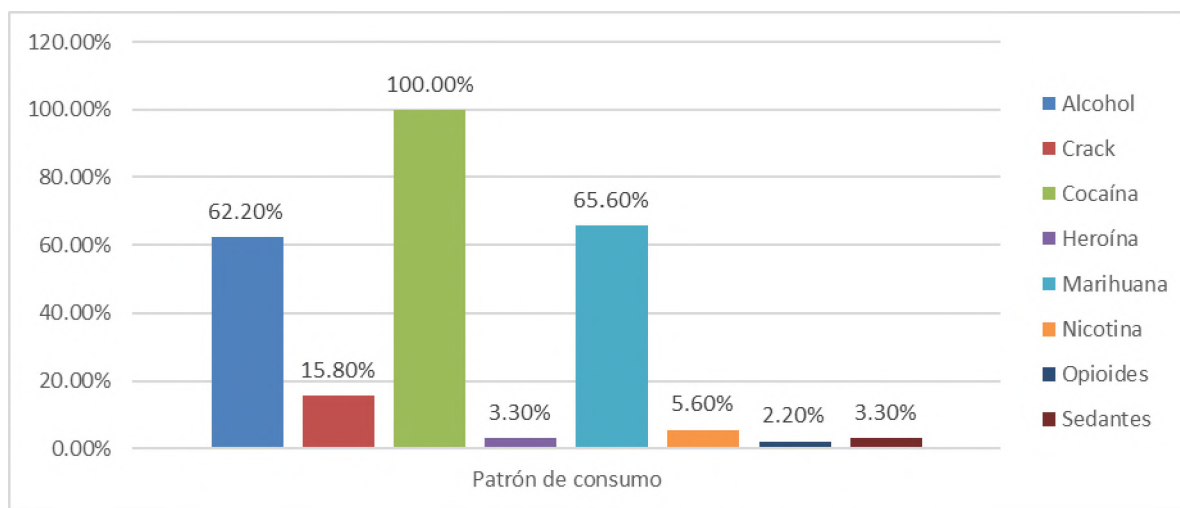
Tabla 13. Distribución de los pacientes en abstinencia de acuerdo al historial de consumo. (Diversidad de sustancias a las que el paciente ha consumido a lo largo de su vida).

Historial de consumo	Frecuencia	%
Alcohol	56	62.2
Crack	16	15.8
Cocaína	90	100
Heroína	3	3.3
Marihuana	59	65.6
Nicotina	5	5.6
Opioides	2	2.2
Sedantes	3	3.3

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 100 por ciento de los pacientes tienen un historial de consumo de cocaína, el 65.6 por ciento marihuanas, el 62.2 por ciento alcoholes, el 15.8 por ciento crack, el 5.6 por ciento nicotinas, el 3.3 por ciento heroína y sedante y el 2.2 por ciento opioides, lo que nos muestra que la mayoría de los pacientes no se ha limitado al consumo único de cocaína.

Gráfico 13. Distribución de pacientes de acuerdo al historial de consumo.



Fuente: Tabla 13.

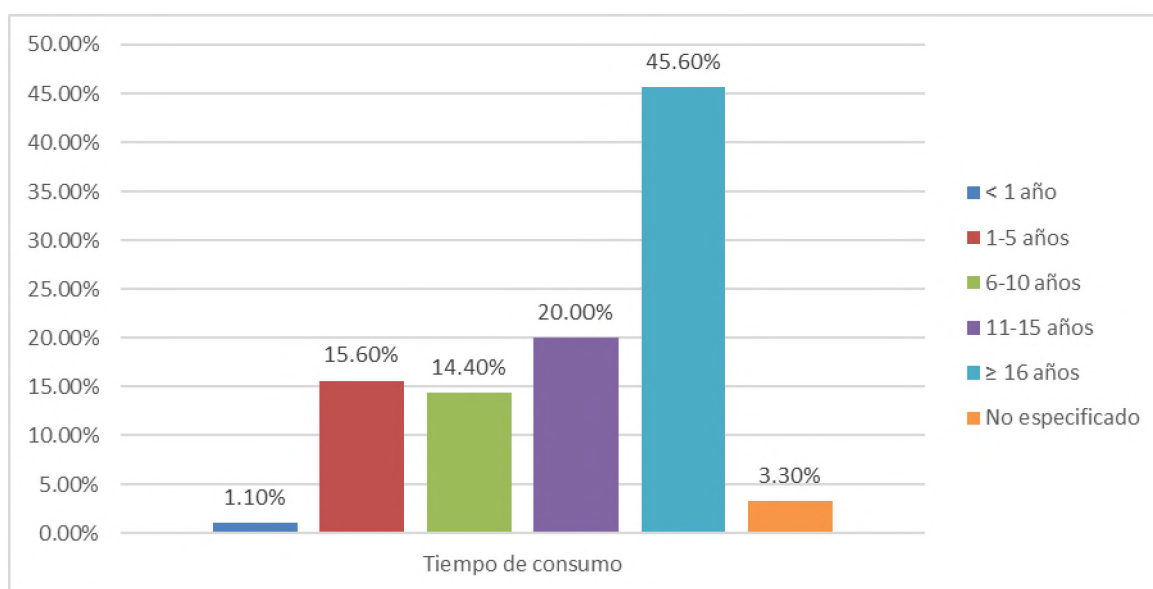
Tabla 14. Distribución de los pacientes en abstinencia de acuerdo al tiempo de consumo de cocaína.

Tiempo de consumo	Frecuencia	%
< 1 año	1	1.1
1-5 años	14	15.6
6-10 años	13	14.4
11-15 años	18	20.0
≥ 16 años	41	45.6
No especificado	3	3.3
Total	90	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 45.6 por ciento de los pacientes tienen un tiempo de consumo de más de 16 años, el 20.0 por ciento entre 11 a 15 años, el 15.6 por ciento entre 1 a 5 años, el 14.4 por ciento entre 6 a 10 años, el 3.3 por ciento no especifico. Esto denota que el mayor porcentaje de pacientes recurre a la rehabilitación luego de muchos años de daños tanto físico, mental y social secundario al consumo de la cocaína.

Gráfico 14. Distribución de pacientes de acuerdo al tiempo de consumo de cocaína.



Fuente: Tabla 14.

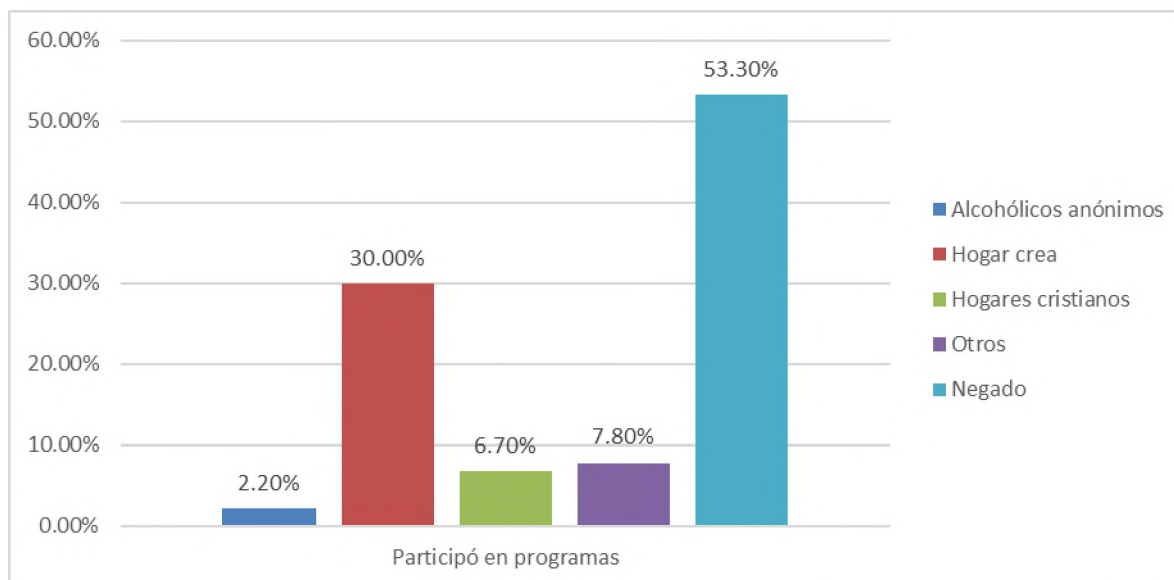
Cuadro 15. Distribución de los pacientes en abstinencia de acuerdo a su participación en programas de rehabilitación.

Participación en programas de rehabilitación.	Frecuencia	%
Alcohólicos anónimos	2	2.2
Hogares Crea	27	30.0
Hogares cristianos	6	6.7
Otros	7	7.8
Negado	48	53.3
Total	90	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 30.0 por ciento de los pacientes han participado en programas como Hogares Crea, el 6.7 por ciento hogares cristianos, el 2.2 por ciento alcohólicos anónimos, el 53.3 por ciento negados y el 7.8 por ciento otros. Esto refuerza la tendencia de que la tasa de éxito de este tipo de rehabilitación es muy baja porque mayormente el manejo en estos lugares no es multidisciplinario.

Gráfico 15. Distribución de acuerdo a participación en programas de rehabilitación.



Fuente: Tabla 15.

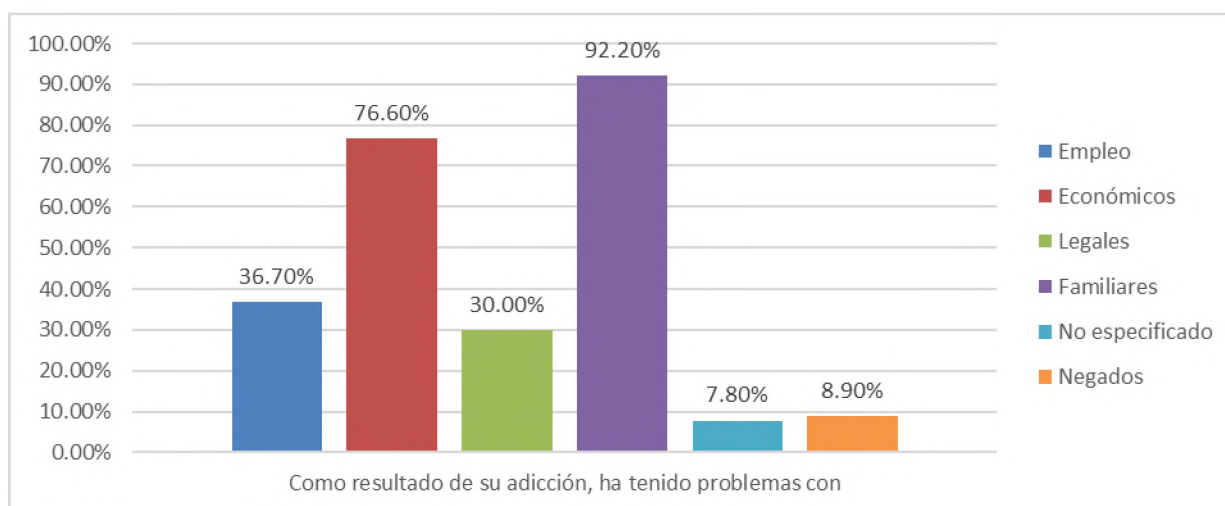
Tabla 16. Distribución de los pacientes en abstinencia de acuerdo a los problemas psicosociales relacionados al uso de sustancias.

Variables relacionadas con problemas psicosociales	Frecuencia	%
Empleo	33	36.7
Económicos	69	76.6
Legales	27	30.0
Familiares	83	92.2
No especificado	7	7.8
Negado	8	8.9

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 92.2 por ciento de los pacientes han tenido problemas familiares por su adicción, el 76.6 por ciento han tenido problemas económicos, el 36.7 por ciento problemas en el empleo, el 30.0 por ciento problemas legales, el 8.9 por ciento negado y el 7.8 por ciento no especifico. Lo cual confirma que la adicción a sustancias psicoactivas deteriora el desempeño del ser humano en las diferentes esferas de su vida.

Gráfico16. Distribución de acuerdo a problemas psicosociales relacionados al uso de sustancias.



Fuente: Tabla 16.

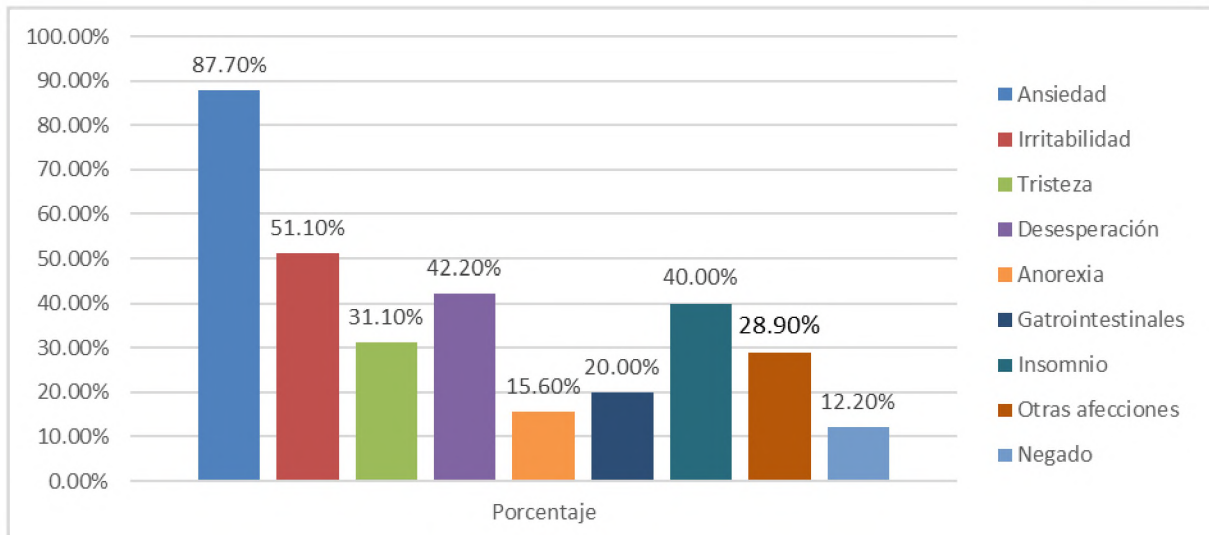
Tabla 17. Distribución de los pacientes conforme a síntomas de abstinencia referidos.

Síntomas de abstinencia	Frecuencia	%
Ansiedad	79	87.7
Irritabilidad	46	51.1
Tristeza	28	31.1
Desesperación	38	42.2
Anorexia	14	15.6
Gastrointestinales	20	22.2
Insomnio	36	40.0
Otras afecciones	26	28.9
Negado	11	12.2

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 87.7 por ciento de los pacientes cuando está en abstinencia presenta ansiedad en sus diversas manifestaciones. El 51.1 por ciento presenta irritabilidad y un 42.2 por ciento desesperaciones.

Gráfico 17. Distribución de pacientes conforme a síntomas de abstinencia referidos.



Fuente: Tabla 17.

Tabla 18. Distribución de los pacientes en abstinencia de acuerdo administración de tratamiento farmacológico.

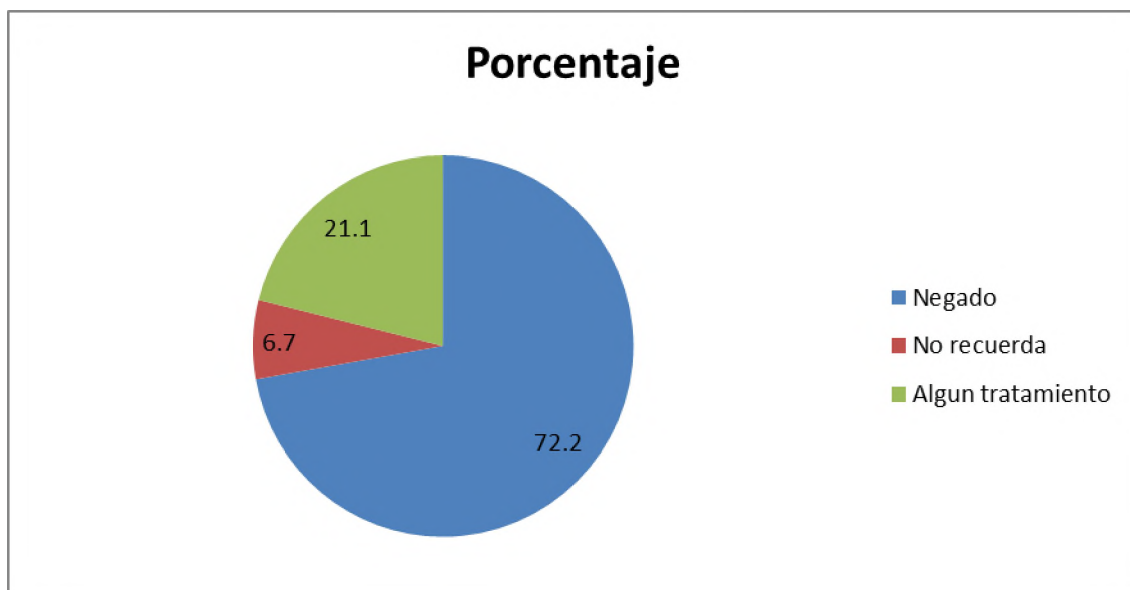
Tratamiento administrado	Frecuencia	%
Negado	65	72.2
No recuerda	6	6.7
Algún tratamiento	19	21.1

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Aquí vemos que el 72.2 por ciento de los pacientes niega haber usado un medicamento para tratar específicamente su adicción, el 21.1 por ciento refiere haber usado algún tratamiento farmacológico y el 6.7 por ciento no recuerda que medicamentos ha usado.

Causa suspicacia ver como aproximadamente un 7% de los pacientes dice no recordar si en algún momento ha recibido medicación para tratar su adicción, esto confirma la actitud esquiva que en muchos momentos refieren los adictos a sustancias.

Gráfico 18. Distribución de los pacientes en abstinencia de acuerdo a administración de tratamiento farmacológico.



Fuente: tabla 18.

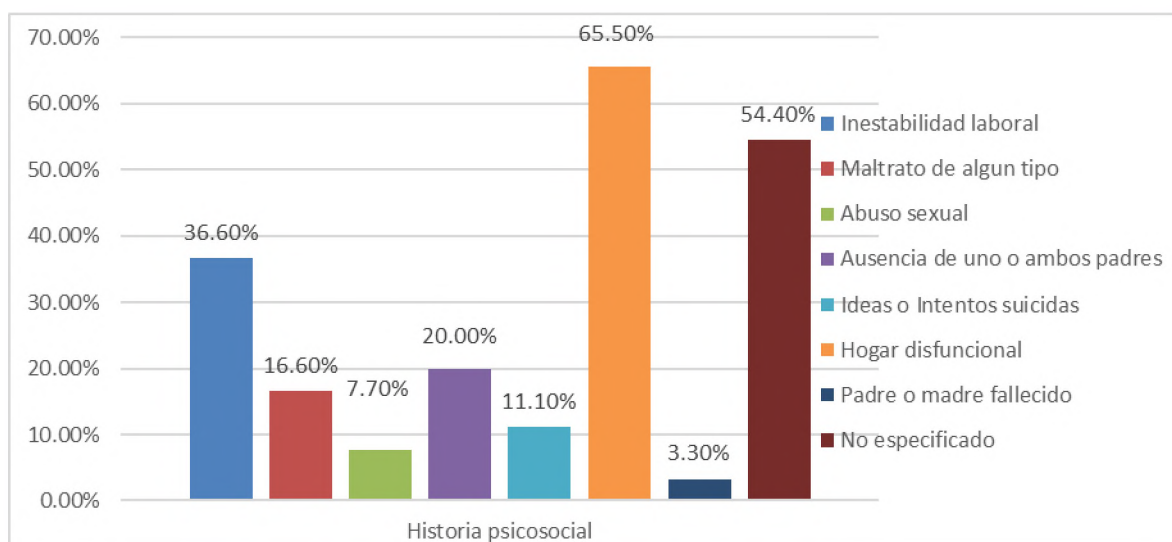
Tabla 19. Historial psicosocial de los pacientes en crisis de abstinencia.

Historia psicosocial	Frecuencia	%
Inestabilidad laboral	33	36.6
Maltrato de algún tipo	15	16.6
Abuso sexual	7	7.7
Ausencia de uno o ambos padres	18	20.0
Ideas o intentos suicidas	10	11.1
Hogar disfuncional	59	65.5
Padre o madre fallecido	3	3.3
No especificado	49	54.4

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El historial psicosocial de un paciente es de suma importancia en cualquier condición de salud, pero en términos de adicciones es aún más relevante; en esta tabla podemos ver que el 65.5 por ciento de los adictos a cocaína vienen de un hogar disfuncional; el 36.6 por ciento tienen inestabilidad laboral como consecuencia del consumo y el 54.4 por ciento han tenido alguno tipo de problema psicosocial no especificado. Esto reafirma lo descrito anteriormente.

Gráfico 19. Historial psicosocial de los pacientes en crisis de abstinencia.



Fuente: Tabla 19.

Tabla 20. Distribución de los pacientes en abstinencia conforme al diagnóstico CIE10/DSMV (patología dual).

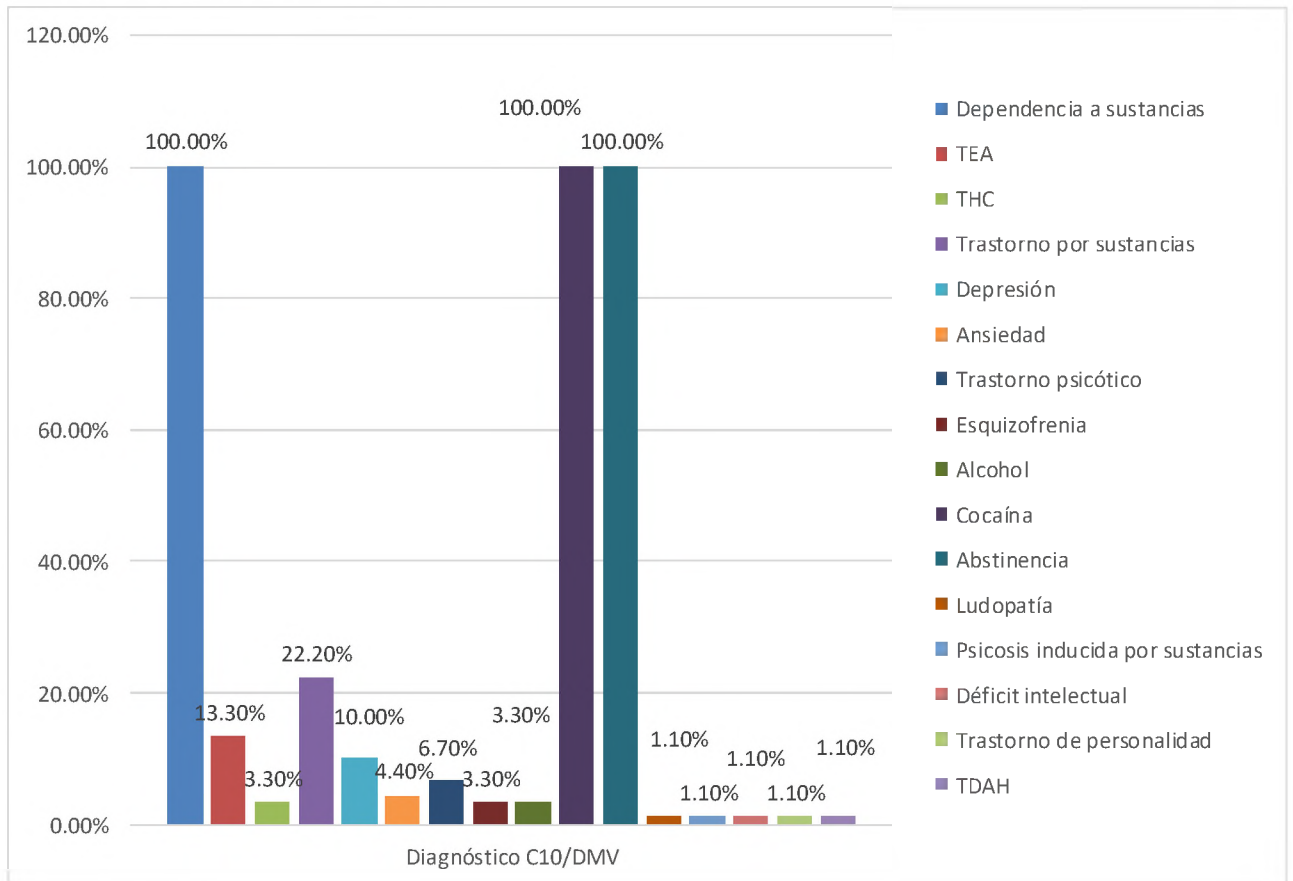
Diagnóstico CIE10/DSMV (Patología dual)	Frecuencia	%
Dependencia a sustancias	90	100
Trastorno del estado de ánimo (TEA)	12	13.3
Trastorno relacionado con cannabis (THC)	3	3.3
Trastorno por sustancias	20	22.2
Depresión	9	10.0
Ansiedad	4	4.4
Trastorno psicótico	6	6.7
Esquizofrenia	3	3.3
Trastorno por consumo de alcohol	3	3.3
Trastorno por consumo de cocaína	90	100
Abstinencia	90	100
Ludopatía	1	1.1
Psicosis inducida por sustancias	1	1.1
Déficit intelectual	1	1.1
Trastorno de personalidad	1	1.1
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)	1	1.1

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 100 por ciento del diagnóstico CIE10/DSMV en los pacientes fue la dependencia a sustancias, abuso de cocaína y la abstinencia siendo estos criterios de inclusión, el 22.2 por ciento trastornos por sustancias, el 13.3 por ciento trastorno del estado de ánimo, el 10.0 por ciento depresión, el 6.7 por ciento trastornos psicótico, el 4.4 por ciento ansiedad, el 3.3 por ciento trastorno por uso de cannabis, esquizofrenia y trastorno por uso de alcohol y el 1.1 por ciento ludopatía, psicosis

inducida por sustancias, déficit intelectual, trastorno de personalidad y trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Gráfico 20. Distribución de los pacientes en abstinencia conforme al diagnóstico CIE10/DSMV (patología dual).



Fuente: Tabla 20.

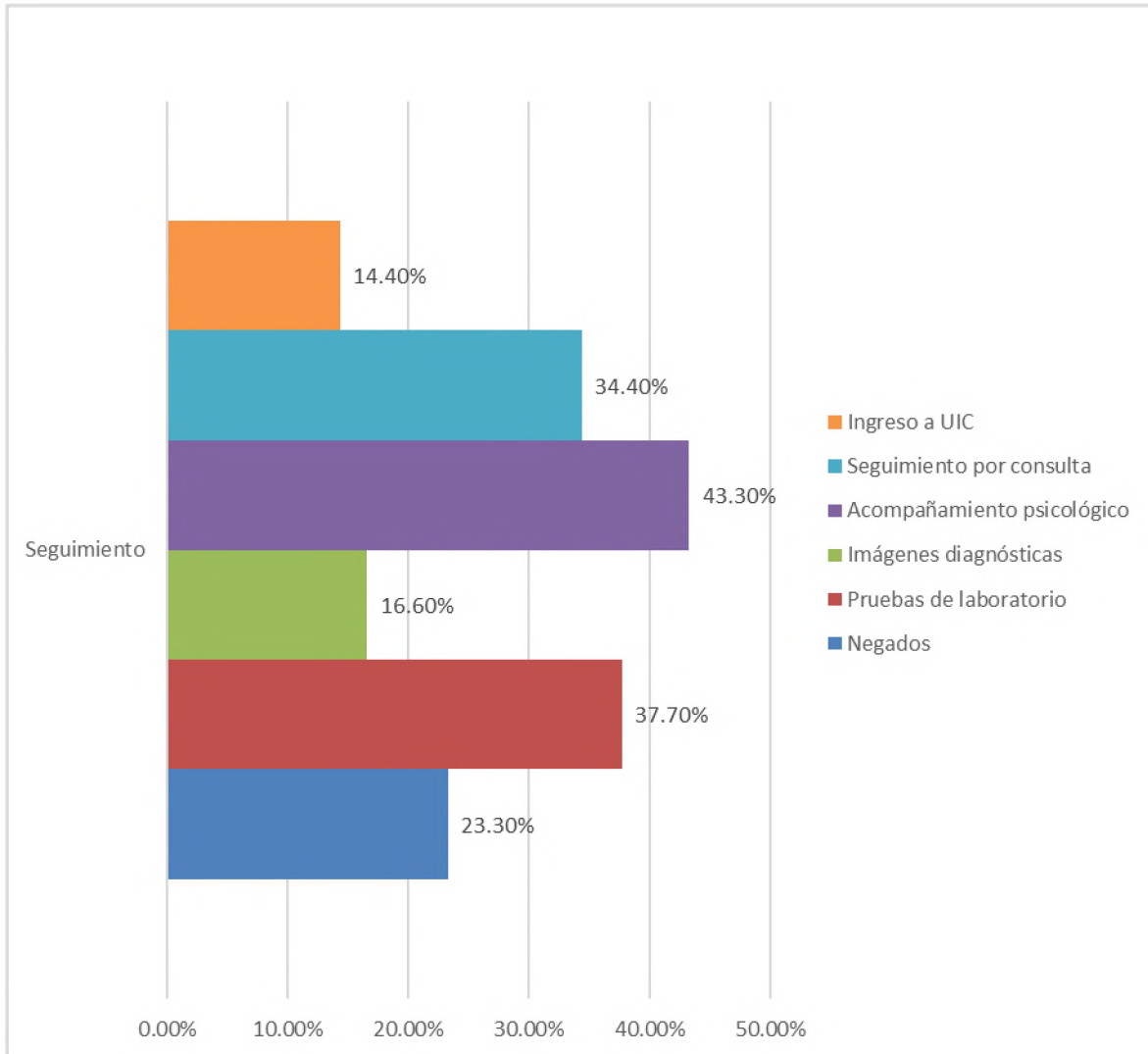
Tabla 21. Manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes en abstinencia.

Manejo diagnóstico y terapéutico.	Frecuencia	%
Negado	21	23.3
Pruebas de laboratorio	34	37.7
Imágenes diagnósticas	15	16.6
Acompañamiento psicológico	39	43.3
Seguimiento por consulta	31	34.4
Ingreso a unidad de intervención en crisis (UIC)	13	14.4

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El 43.3 por ciento de los pacientes necesitó acompañamiento psicológico como parte de su proceso de rehabilitación, al 37.7 por ciento de los pacientes estudios de laboratorio, el 34.4 por ciento seguimientos por consulta en contraste con el 14.4 por ciento que tuvo que ser referido para ingreso a una unidad de intervención en crisis. El manejo diagnóstico y terapéutico es muy particular para cada paciente, porque hay datos individuales que deben ser considerados en el mismo.

Gráfico 21. Manejo diagnóstico y terapéutico.



Fuente: Tabla 21.

VII. DISCUSIÓN.

El 35.6 por ciento de los pacientes tenían una edad entre 30 a 39 años, el 27.8 por ciento entre 20 a 29 años, lo cual concuerda con el estudio realizado por Olaya García Rodríguez en la Universidad de Oviedo España en el año 2017, donde el 33.8 por ciento de los pacientes tenían una edad entre 30 a 39 años. Se ha demostrado que este rango de edad es el más frecuente en que se presentan los consumidores.

El 80.0 por ciento de los pacientes eran del sexo masculino, predominando así este sexo al igual que en el estudio realizado por Jesús Morcillo García en la Universidad Miguel Hernández España en el año 2018, en el que el 85.9 por ciento de los pacientes eran del sexo masculino. Lo que nos indica una mayor incidencia de consumo de sustancias psicoactivas en el sexo masculino debido a que estos se encuentran más expuestos a las mismas y el sexo femenino a sustancias tranquilizantes.

El 100 por ciento de nuestros pacientes procedían de zona urbana. En el estudio realizado por Luis Caballero Martínez en el Hospital Universitario Puerta de Hierro España en el año 2018, el 90.5 por ciento de los pacientes de igual manera procedían de zonas urbanas. Está demostrado que en las zonas urbanas hay más acceso a sustancias psicoactivas y se dan con mayor frecuencia las situaciones pertinentes que incitan al consumo de las mismas. Sumando a esto la ubicación del Centro en la parte alta del Distrito Nacional, cerca de los barrios Ensanche Capotillo, Simón Bolívar, María Auxiliadora (Guachupita) y Gualey.

El 65.6 por ciento de los pacientes eran solteros, el 15.5 por ciento vivían en unión libre. En el estudio realizado por Araujo Sánchez Edith Mavel y Miranda Analía Laura en la Universidad Nacional de Cuyo Chile en el año 2019, el 70.6 por ciento de los pacientes eran solteros. Consideramos que el estatus de soltería no está ligado directamente a la prevalencia del consumo, sino más bien que el abuso de consumo provoca frecuentemente el rechazo por parte de las parejas de los consumidores y/o la finalización de la relación de pareja.

El 32.2 por ciento de la escolaridad de los pacientes fue la secundaria incompleta no se encontraron estudios donde se comparen los resultados del estudio en cuestión.

El 74.4 por ciento de los pacientes inicio el consumo de sustancias con la marihuana.

El 100 por ciento de los pacientes tienen un historial de consumo de cocaína, el 65.6 por ciento marihuanas, el 62.2 por ciento alcoholes estos datos concuerdan con los reportados por el Informe del consumo de drogas en las Américas. (2019) donde se reporta que el consumo de alcohol varía ampliamente en la población general de las Américas; la prevalencia del último mes varía de 9,5% en El Salvador a 52% en Argentina y Uruguay. Las tasas de uso más altas (más del 50%) se encuentran tanto en América del Norte como en América del Sur. En 23 de los 31 países que tienen datos sobre estudiantes de enseñanza secundaria, al menos el 20% de estos estudiantes informan haber consumido una bebida alcohólica en el último mes. En 15 países más del 30% de los estudiantes de enseñanza secundaria han consumido alcohol en el último mes. Las conductas de alto riesgo asociadas con el alcohol, como el inicio temprano del consumo y el consumo excesivo de alcohol, son una preocupación en toda la región. En diez países la prevalencia del último mes entre los estudiantes de octavo grado superó el 20% y en tres de ellos superó el 30%. Si bien cualquier consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de enseñanza secundaria puede considerarse un uso temprano, el consumo de drogas es especialmente preocupante entre los estudiantes de octavo grado. De acuerdo a la prevalencia del último año, en América del Norte el consumo de marihuana se encuentra en torno al 14% en Canadá y los Estados Unidos y es de un 2% en México (gráfico 3.1). En América del Sur Chile presenta un consumo de marihuana del 14,5%, mientras que en Argentina y Uruguay es menor al 10%. Entre los países del Caribe Jamaica destaca con un registro del 15,5%, seguido de Barbados donde el consumo es levemente inferior al 8%. La prevalencia del último año de consumo de marihuana más baja se observa en Ecuador, Panamá, Paraguay y República Dominicana, con tasas inferiores al 1%.

El 68.9 por ciento de la edad de consumo en los pacientes fue entre los 10 a 19 años. En el estudio realizado por Alicia Lillo García en la Universidad Autónoma de Madrid España en el año 2018, el 70.2 por ciento de los pacientes empezaron a consumir entre los 10 a 19 años. Se ha comprobado clínicamente que a menor edad de inicio del consumo hay una mayor probabilidad de desarrollar adicción.

El 22.2 por ciento de los antecedentes clínicos presentados por los pacientes fue la hipertensión arterial. En el estudio realizado por Ana López Vantour, Alina Aroche Arzuaga, Jamet Bestard Romero y Nelaines Ocaña Fontela en el Policlínico "Ramón López Peña, Santiago de Cuba, Cuba en el año 2017, donde el 25.6 por ciento de los antecedentes clínicos presentados por los pacientes fue la hipertensión arterial. Los efectos estimulantes de la cocaína explican esta tendencia.

El 92.2 por ciento de los pacientes han tenido problemas familiares por su adicción. En el estudio realizado por Alicia Lillo García en la Universidad Autónoma de Madrid España en el año 2018 donde el 55.6 por ciento de los pacientes se han descrito los mismos problemas. Confirmando así el hecho de que el consumo de estas sustancias afecta directamente el entorno del paciente y a quienes lo rodean, principalmente su núcleo familiar.

El 87.7 por ciento de los pacientes cuando su adicción no se satisface se sienten ansiosos. En el estudio realizado por Ana López Vantour, Alina Aroche Arzuaga, Jamet Bestard Romero y Nelaines Ocaña Fontela en el Policlínico "Ramón López Peña, Santiago de Cuba, Cuba en el año 2017, donde el 60.5 por ciento de los pacientes cuando su adicción no los satisface se sienten ansioso. Considerando así la ansiedad manifestada en sus diversas formas, como un síntoma protagónico en pacientes con síntomas de abstinencia por el uso de cocaína.

El 65.5 por ciento del historial psicosocial en los pacientes estuvo protagonizado por hogares disfuncionales. En el estudio realizado por Luis Caballero Martínez en el Hospital Universitario Puerta de Hierro España en el año 2018, el mayor porcentaje de un determinado historial psicosocial en los pacientes correspondió al maltrato infantil. El historial psicosocial de un paciente es de suma importancia en cualquier condición de salud, pero en términos de adicciones es aún más relevante, y en nuestro estudio pudimos ver que además de ese 65.5 por ciento correspondiente a hogares disfuncionales, encontramos un 36.6 por ciento con inestabilidad laboral como consecuencia del consumo y el 54.4 por ciento habían tenido algún tipo de problema psicosocial no especificado. Por lo que consideramos de especial interés el conocimiento y adecuado manejo de información concerniente al historial psicosocial de todo paciente consumidor.

El 43.3 por ciento de los pacientes para su manejo necesitaron seguimiento por el área de psicología. En el estudio realizado por Olaya García Rodríguez en la Universidad de Oviedo España en el año 2017, donde el 45.8 por ciento del seguimiento de los pacientes fueron referidos a psicología. Esto demuestra que, aunque ambos estudios fueron en diferentes contextos poblacionales la tendencia es la misma.

VIII. CONCLUSIONES.

Vistos, analizados y discutidos los resultados hemos llegado a las siguientes conclusiones: La dependencia de cocaína es una enfermedad crónica y compleja que afecta tanto la salud física como mental de los pacientes. La crisis de abstinencia es una fase importante del proceso de recuperación que requiere atención integral y especializada para evitar complicaciones y garantizar una recuperación efectiva. Sin embargo, en muchos casos, los pacientes en crisis de abstinencia no reciben la atención adecuada debido a diversas barreras que limitan el acceso a los servicios de salud.

En este estudio, se evaluó el manejo integral de la crisis de abstinencia en pacientes dependientes de cocaína tratados en el Centro de Atención Integral de las Dependencias (CAIDEP) en el período enero-junio de 2022. Los resultados indican que la mayoría de los pacientes no reciben medicación y solo algunos reciben psicoterapia, lo que evidencia la falta de una atención integral y especializada.

Es fundamental que se aborden las barreras que limitan el acceso a los servicios de salud para garantizar que los pacientes en crisis de abstinencia reciban una atención adecuada. Es necesario mejorar los protocolos de atención y garantizar el acceso a los medicamentos para tratar la adicción por cocaína y la crisis de abstinencia, a fin de optimizar los resultados del tratamiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes en recuperación.

Por otro lado, se debe tener en cuenta que la dependencia de cocaína es una enfermedad crónica que requiere un tratamiento a largo plazo y un seguimiento continuo para prevenir recaídas. Es importante seguir investigando y evaluando los tratamientos para la dependencia de cocaína y su manejo en situaciones de crisis de abstinencia, a fin de mejorar continuamente la atención y lograr resultados más efectivos en la recuperación de los pacientes.

A través de una evaluación exhaustiva y un tratamiento individualizado que incluya medicamentos y psicoterapia, se puede lograr una recuperación efectiva y sostenible.

IX. RECOMENDACIONES.

- Priorizar el tratamiento de los trastornos por uso y abuso de sustancias psicoactivas e incluirlos dentro de las enfermedades crónicas.
- Garantizar el acceso a los medicamentos a los pacientes que no puedan costearlos.
- Capacitar al personal no especializado en el abordaje del tratamiento de emergencias y el manejo de la crisis de abstinencia en pacientes dependientes de sustancias.
- Hacer énfasis en el tratamiento integral de las adicciones dada su eficacia y control de las recaídas.
- Crear redes locales con supervisión de personal capacitado con el fin de fortalecer la estrategia terapéutica.
- Socializar el algoritmo de Tratamiento de abstinencia a sustancia psicoactiva descrito en el Protocolo de Medicina Interna Volumen I para conocimiento y manejo de todo el personal tratante.
- Articular y gestionar políticas públicas sobre prevención de uso de sustancias.
- Crear a nivel regional centros de intervención integral a las dependencias.

X. REFERENCIAS

1. Brackenbury, Lauren, Benjamin O. Ladd y Kirsten Anderson. 2016. "Marijuana Use/Cessation Expectancies and Marijuana Use in College Students". *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 42 (1): 25-31.
2. Coyle, Cyrian, Jessica Bramham, Neil Dundon, Manus Moynihan y Alan Carr. 2016. "Exploring the Positive Impact of Peers on Adolescent Substance Misuse". *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse* 25 (2): 134-143.
3. La Torres M, Huidobro A. Prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes de la Facultad de Medicina en la Universidad Católica del Maule. *Revista Médica de Chile*. 2012 Mayo; 140: p. 1140 - 1144.
4. Barrios Ayola F, Hurtado Acosta A. Prevalencia del consumo compulsivo de alcohol y sustancias ilícitas en pacientes hospitalizados por patologías psiquiátricas. *Revistas de Ciencias Biomédicas*. 2012 Marzo; 3(1).
5. Josefina Patiño Masó realizó un estudio sobre los patrones de consumo de cocaína después de la heroína, la droga que a nivel mundial causa un mayor número de consecuencias negativas para la salud (UNODC, 2011).
6. Medina-Pérez, Oscar A. Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en adolescentes farmacodependientes de una fundación de rehabilitación colombiana, *Rev. Colomb. Psiquiatr.* Vol.41 No.3, 2012.
7. Rojas Piedra T, Reyes Masa B, La Universidad de Oriente (Ecuador) en 2019, consumo de sustancias psicoactivas y su influencia en el desarrollo integral.
8. M. Méndez-Díaz, B.M. Romero Torres, J. Cortés Morelos, A.E. Ruíz-Contreras *et al*, en el 2017. *Neurobiología de las adicciones*. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* Vol. 60, No 1, Enero-Febrero 2017.
9. Rodríguez Vásquez, 2017, Consumo de sustancias psicoactivas para aumentar las funciones cognitivas en estudiantes de medicina del 5-11 cuatrimestre de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU).
10. Kelly, John, Cassandra Davies y Carla Schlesinger. 2015. "Substance use by Same Sex Attracted Young People: Prevalence, Perceptions and Homophobia". *Drug and Alcohol Review* 34 (4): 358-365.

11. Navarro, José Javier y Laura Galiana. 2015. "Prevención del conflicto escolar en primer ciclo de primaria". Prisma Social 15: 562-608.
12. Actas de reuniones. Ministerio de Sanidad y Consumo, editor. Informes de la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: Cocaína; 2008; España.
13. Informe de encuesta. Ministerio de Sanidad y consumo, editor. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES); 2011; España.
14. Informe de estudio. Centro de Documentación y Estudios, Sis. Secretaria General de Drogodependencias del Gobierno Vasco, editor. Informe Euskadi y Drogas; 2010; España
15. Haile CN, Mahoney JJ, Newton TF, De La Garza R. Pharmacotherapeutics directed at deficiencies associated with cocaine dependence: focus on dopamine, norepinephrine and glutamate. Pharmacol Ther. 2012;134(2):260-77
16. Sordo, L.; Indave, B. I.; Barrio, G.; Degenhardt, L.; de la Fuente, L.; Bravo, M. J. (septiembre de 2014). Cocaine use and risk of stroke: a systematic review. Drug and Alcohol Dependence 142: 1-13.
17. Damin, Carlos; Grau, Guillermo (2015). Cocaína. Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana 49 (1): 127-134. ISSN 0325-2957. Consultado el 15 de abril de 2019.
18. Naciones Unidas (ONU) (2015). Narcotic Drugs 2014. Previsiones de las necesidades mundiales para 2015. Estadísticas de 2013. (en inglés). INCB. p. 21. Consultado el 4 de octubre de 2016.
19. Revista de la Academia Colombiana de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales (Academia Colombiana de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales) 34 (133): 455-465. Consultado el 21 de enero de 2020.
20. En Labate, Bia Caiuby; Goulart, Sandra Lucia, eds. O Uso Ritual das Plantas de Poder (Campinas: Ed Mercado de Letras/FAPESP): 117-185. ISBN 9788575910498. Consultado el 21 de enero de 2020.
21. Publicado en El Comercio, con motivo de la desaparición de 43 estudiantes en Iguala 2019.

22. Zuleta, Pablo; Daza, Deysy Lorena (2018). El mameo de la hoja de coca como una forma nutricional. Bogotá. Consultado el 21 de enero de 2020.
23. Rinaldis, S. (13 de septiembre de 2018). Existe poca evidencia sobre la efectividad de la Terapia Familiar Funcional como tratamiento para el uso de drogas no opioides entre los jóvenes. Caracas: Campbell Colaboración. Consultado el 23 de noviembre de 2019.
24. Dackis y Gold., 1985 citados en Caballero (2005) Adicción a la cocaína: Neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento.
25. Universidad Nacional Agraria La Molina. Consultado el 2 de junio de 2020.
26. www.gbif.org. Consultado el 22 de enero de 2020.
27. Jeffcoat AR, Perez-Reyes M, Hill JM, Sadler BM, Cook CE (1989). Cocaine disposition in humans after intravenous injection, nasal insufflation de derechos de publicidad de cocaine (snorting), or smoking. *Drug Metab. Dispos.* 17 (2): 153-9.
28. Fischman MW, Schuster CR, Javaid J, Hatano Y, Davis J. (1985) Acute tolerance development to the cardiovascular and subjective effects of cocaine. *J Pharmacol Exp Ther.* 1985 Dec;235(3):677-82.
29. Fiala M, Eshleman AJ, Cashman J, Lin J, Lossinsky AS, Suarez V, et al. Cocaine increases human immunodeficiency virus type 1 neuroinvasion through remodeling brain microvascular endothelial cells. *J Neurovirol.* 2005 Jul;11(3):281-91.
30. Roncero J, Ramos J.A, Collazos F, Casas M. Complicaciones psicóticas del consumo de cocaína. *Adicciones* 2001;13(supl 2): 179-190.
31. Falck RS, Wang J, Siegal HA, Carlson RG. The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of crack cocaine users: an exploratory study with practical implications. *J NervMentDis.* 2004 Jul;192(7):503-7.
32. Caballero Martínez, L. Adicción a Cocaína: Neurobiología clínica, diagnóstico y tratamiento. Ministerio de Sanidad y Consumo, editor; 2005; España.
33. Sanjurjo E, Montoria E, Noguéb S, Miquel Sánchez M, Munnéb P. Urgencias por cocaína: un problema emergente. *Med Clin (Barc).* 2006;126(16):616-9.

34. Yoon JH, Newton TF, Haile CN, Bordnick PS, Fintzy RE, Culbertson C, et al. Effects of D-cycloserine on cue-induced craving and cigarette smoking among concurrent cocaine- and nicotine-dependent volunteers. *AddictBehav.* 2013 Feb;38(2):1518-26.
35. Llopis Llácer JJ. Dependencia, intoxicación aguda y síndrome de abstinencia por cocaína. *Adicciones* 2001;13(supl 2): 147-166
36. Rothman RB, Baumann MH, Dersch CM, Romero DV, Rice KC, Carroll FI, et al. Amphetamine-type central nervous system stimulants release norepinephrine more potently than they release dopamine and serotonin. *Synapse.* 2001 Jan;39(1):32-41.
37. Weinschenker D, Schroeder JP. There and back again: a tale of norepinephrine and drug addiction. *Neuropsychopharmacology.* 2007;32(7):1433-51.
38. Newton TF, De La Garza R, Brown G, Kosten TR, Mahoney JJ, Haile CN. Noradrenergic α receptor antagonist treatment attenuates positive subjective effects of cocaine in humans: a randomized trial. *PLoSOne.* 2012;7(2):e30854.
39. Guía-Protocolo de Actuación en Personas con Trastorno por Consumo de Cocaína. Servicio Extremeño de Salud; 2011.
40. Booyse, F.M., & Parks, D.A., (2001). Moderate wine and alcohol consumption: beneficial effects on cardiovascular disease. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 86, 517–528.
41. Chanraud, S., Martelli, C., Delain, F., Kostogianni, N., Douaud, G., Aubin, H. J., et al. (2007). Brain morphometry and cognitive performance in detoxified alcohol-dependents with preserved psychosocial functioning. *Neuropsychopharmacology* 32, 429–438.
42. Corominas, M., Roncero, C., Bruguera, E., & Casas, M. (2007). Sistema dopaminérgico y adicciones. *Revista de Neurología*, 44(1), 23-31.

XI. ANEXOS

XI.1. Cronograma

Variables	Tiempo: Enero-Junio 2022	
Selección del tema	2022	Enero 2022
Búsqueda de referencias		Marzo/Abril 2022
Elaboración del anteproyecto		Mayo/Junio 2022
Sometimiento y aprobación del anteproyecto		Julio 2022
Tabulación y análisis de la información	2023	Septiembre/ Noviembre 2022
Redacción del informe		Enero/Junio 2023
Revisión del informe		Julio 2023
Encuadernación		Agosto 2023
Presentación		

XI.2. Instrumento de recolección de datos

MANEJO INTEGRAL DE LA CRISIS DE ABSTINENCIA EN PACIENTES DEPENDIENTES DE COCAÍNA TRATADOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS DEPENDENCIAS (CAIDEP) EN EL PERÍODO ENERO- JUNIO 2022.

Formulario: _____

Fecha: ____

Datos generales de identificación

1. Edad: _____ años
2. Sexo: Masculino () Femenino ()
3. Procedencia: Santo Domingo () Distrito Nacional ()
4. Religión: Católica () Evangélica ()
Ninguna () Otra ()
5. Estado civil: Casado() Soltero () Divorciado ()
Viudo () Separado () Unión libre ()
6. Escolaridad: Primaria incompleta () Primaria completa ()
Secundaria incompleta () Secundaria completa ()
Universitaria () Analfabeto ()
7. Motivaciones del usuario: Voluntaria () Inducida ()
8. Historial de la enfermedad presente (inicio del episodio, factores precipitantes, evolución de síntomas asociados);

9. Antecedentes personales patológicos:

Antecedentes clínicos: _____

Historial de abuso _____

10. Antecedentes familiares:

Antecedentes clínicos: _____

Antecedentes psiquiátricos: _____

Abuso de drogas en familiares: _____

Hábitos tóxicos (consumo de drogas; sustancia de inicio, edad del primera consumo, tipos de sustancias, drogas de preferencia, última sustancia consumida, vía de uso) _____

11. Patrón de consumo:

Dependencia: a) alcohol () Cocaína () Heroína () Opiode ()
Sedante () Marihuana () Crack ()

12. Tiempo de consumo :< 1 año () 1-5 años () 6-10 años ()
11-15 años () ≥ 16 años ()

13. Participo en programas:

Alcohólicos anónimos () Hogares Crea () Hogares cristianos ()
Otros ()

14. Intentó rehabilitarse por su cuenta sin tener éxito:

Muchas veces () Varias veces () Pocas veces ()

15. Como resultado de su adicción ¿ha tenido problemas con:

Padre () Madre () Esposo () Hijo (as) () Empleo ()
Económicos () Legales ()

16. Cuando no satisface su adicción se siente:

Ansioso () Irritable () Triste () Desesperado ()
Anorexia () Síntomas gastrointestinales ()
Insomnio () Otros Síntomas ()

17. Tratamiento _____

18. Historia psicosocial (historia personal, primaria infancia, adolescencia, maltrato infantil y emocional en la infancia, intentos suicidas, relaciones sociales, historia marital, sexualidad, conducta sexual actual, historia ocupacional, entre otros).

19. Diagnóstico C10/DMV _____

20. Plan terapéutico: _____

21. Seguimiento: _____

XI.3. Costos y recursos.

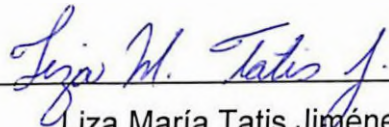
Sustentante: dos			
Asesores: dos			
Digitadores: dos			
Equipos y materiales	Cantidad	Precio (RD)	Total
Papel bond 20 (8 ½ X 11)	3 resmas	200.00	600.00
Lápices	6 unidades	10.00	60.00
Borras	3 unidades	10.00	30.00
Bolígrafos	6 unidades	30.00	180.00
Sacapuntas	2 unidades	40.00	80.00
Computadora: Hardware: Intel® Core™ i5-2100 3.10 GHz. 4.00 GB RAM. Impresora HP all in one. Software: Microsoft Windows 8. Microsoft Word 2013. IBM SPSS 9. Presentación: Proyector SVGA/HDMI LG. Cartuchos HP 122	2 unidades	1,500.00	3,000.00
Información			
Libros, Revistas, Artículos online			
Otros documentos			
Económicos			
Inscripción de anteproyecto tesis UNPHU			16,500.00 c/u
Papelería (copias)			3,400.00
Encuadernación	4 informes		13,000.00
Alimentación y Transporte			5,200.00
Imprevistos			7,000.00
Total			65,750.00

- Los costos totales de la investigación serán cubiertos por los sustentantes.

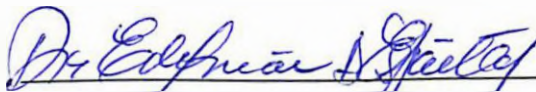
XII.5. Evaluación

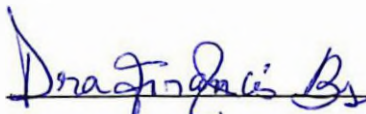
Sustentantes:


Angeliana María Arias Martínez
(14-2458)

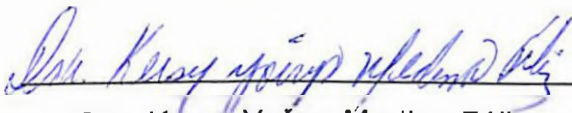

Liza María Tatis Jiménez
(14-1257)

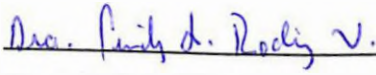
Asesores:


Dra. Edelmira Espaillat
(Asesora metodológica)


Dra. Francis Báez
(Asesora Clínica)

Jurado:



Dra. Kersy Yoírys Medina Féliz


Dra. Cindy Leticia Rodríguez Vásquez


Dra. Claridania Rodríguez De Rosario

Autoridades:


Dra. Claudia María Scharf
Directora Escuela de Medicina


Dr. William Duke
Decano Facultad de Ciencias de La Salud

Fecha de presentación: 17/08/2023

Calificación: 96 - A