

Concepto de centros de integración juvenil

Es una institución en donde se proporciona una atención eficaz e integral; así como promover la rehabilitación y la reinserción del paciente.

Población con Mayor Riesgo

A partir de los 11 a los 18 años el ser humano entra a una etapa muy difícil llamada adolescencia, esta etapa provoca desajustes físicos y emocionales, por lo tanto surgen las dudas; Y sabe como actuar, se ignora el significado de bueno y malo, la vida y la muerte, por lo tanto desconoce la gravedad de los problemas a los que enfrenta a partir de ese momento. Es muy importante que los padres estén muy atentos para poder proporcionar la ayuda, sobre todo comprensión y amor que van a necesitar, para poder enfrentar la situación por la que están pasando.

Cuando surge todo lo contrario de lo antes mencionado, el niño se empieza a rebelar, su comportamiento se torna agresivo y violento; Con muchas inquietudes y el amor que no siente en su familia lo busca en otro lado (calle, escuela, toda la sociedad). Como consecuencia la compañía de malos amigos, que lo invitan a probar algunas sustancias dañinas; Diciéndole que se le olvidarán todos sus problemas, cuando en realidad se estará generando un nuevo problema. Por tal motivo esta etapa se considera más vulnerable, por todos los problemas que tendrá que enfrentar.

Drogas de Mayor Consumo y Complicaciones posibles a corto y a largo plazo

Las drogas son sustancias cuyos componentes químicos alteran las funciones normales del ser humano. La mayoría de las drogas tienen la particularidad de producir adicción, ya que poseen efectos aparentemente placenteros. Esto no ocurre en todos los casos, las personas psicológicamente más vulnerables tienden a recurrir a ellas con más frecuencia y en cantidades cada vez más fuertes. Este fenómeno se denomina tolerancia y esto desencadena la dependencia.

Dependencia: Puede ser físico o psicológica la primera se presenta cuando los agentes químicos de las sustancias invaden el cuerpo y el cerebro; La segunda es el estado emocional de Búsqueda de las Sustancias. Se caracteriza por tensión, dolores abdominales, sudoración, inquietud, desesperación, etc., que generan una fuerte necesidad de ingerirla en forma convulsiva y para evitar las sensaciones desagradables que vienen cuando desaparecen los efectos placenteros.

Las drogas de mayor consumo son: El alcohol y el Tabaco son de uso común en edades tempranas al igual que drogas ilegales como la marihuana, la cocaína, los inhalables, entre otras; A continuación describiré a cada una de ellas.

Alcohol: Es una sustancia que acompaña a múltiples actos de orden social, puede provocar la enfermedad que conocemos como Alcolismo

El alcoholismo

Es una enfermedad crónica, caracterizada por una conducta anormal de búsqueda de alcohol, esta lleva a la pérdida de control en la forma de beber y tiene efectos severos en la salud así como en la nivel social y familiar.

Complicaciones a corto plazo

Sensación de mayor libertad y confianza.

Menor coordinación motora.

Menor concentración para centrarse o tratar un tema

Cambios en el estado de ánimo: Se pasa de la alegría al llanto o a la agresión.

Alteración en la percepción: Escuchan voces, ven cosas y personas que no existen.

Complicaciones a largo plazo

Gastritis.

Perdida del apetito.

Problemas cutáneos.

Impotencia Sexual.

Daño Hepático.

Daños Cerebrales.

Alteración de la Memoria.

Embarazo: Las mujeres que consumen alcohol durante el embarazo pueden dar a luz a un niño que sigue

Niños con Síndrome Feto alcohólico; es decir R. N. Con problemas como Retardo Mental y otras Anormalidades Físicas Irreversibles y tienen alto riesgo de ser alcohólicos.

Tabaco: La nicotina es un alcaloide natural que está contenido en los cigarrillos y en otros productos tales como puros, chicles, o tabaco en polvo para pipas. glosario

El alcoholismo

Fumar se considera un hábito que forma parte de la vida social, se utiliza como rito de iniciación a la adolescencia o a la vida adulta. La nicotina es una de las drogas más activas y su uso se inicia a edades cada vez más tempranas.

El humo del cigarro contiene una gran cantidad de gases que causan infecciones y enfermedades respiratorias, cáncer u otros padecimientos. El tabaquismo afecta la mayor parte del cuerpo y es una de las principales causas de muerte en el mundo.

Complicaciones a corto plazo

Alteraciones en la conducta y en la capacidad para percibir.

Enojo, hostilidad y agresión.

Insomnio.

Sueños extraños.

Mareo, vomito y vértigo.

Dolor abdominal.

Sudoración.

Complicaciones circulatorias.

Elevación del pulso y aumento de la presión arterial.

Taquicardias y Arritmias Cardiacas.

Disminución de la temperatura en los dedos de las manos y pies.

Complicaciones a largo plazo

Cambio en el estado de animo: Muy alegre o depresivo.

Insomnio.

Irritabilidad, ira y ansiedad.

Sentimiento de frustración.

Dificultades en la concentración.

Aumento o disminución en la frecuencia cardiaca.

Disminución del apetito.

Complicaciones cardiovasculares.

Lesiones cardiacas al miocardio y coronarias.

Aumento de la tensión arterial.

Enfermedades pulmonares.

Úlceras y problemas digestivos.

Aparición de distintos tipos de canceres.

En hombres reduce la fertilidad.

Alteraciones en las embarazadas

Durante el Embarazo incrementa el riesgo de abortos espontáneos en el primer trimestre; Otros resultados pueden ser: Ovito fetal, Prematuros o de menor peso, así como muerte infantil súbita.

En la mujer provoca menopausia precoz, alto riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares,

accidentes cardiacos y cerebrales; es el enemigo numero 1 de la belleza y la salud.

Los adolescentes con conductas problemáticas tienden a mostrar más desapego hacia el entorno escolar y expectativas negativas respecto a su éxito académico. Es también en este escenario en donde los menores interactúan con los pares y es con ellos en donde tiene las primeras oportunidades de usar drogas. Por otro lado, los menores que permanecen en la escuela tienen menor probabilidad de usar droga.

El principio activo más importante del tabaco es la nicotina. Su consumo principal es a través de la inhalación del humo del cigarro. Es una de las drogas adictivas más poderosas, no obstante que no posee efectos notables en el humor o en la conciencia.

En la adicción al tabaco inciden múltiples variables. La propia nicotina produce refuerzo. El término refuerzo se refiere a la capacidad de las sustancias de producir efectos que despiertan en el consumidor el deseo de obtenerlas otra vez. Cuanto más potente sea el refuerzo que produce una sustancia, tanto mayor será la probabilidad de que se abuse de ella. La nicotina se absorbe con facilidad por la piel, las mucosas y, por supuesto, los pulmones. La vía pulmonar produce efectos discernibles en el sistema nervioso central en un lapso de apenas 7 segundos. Por lo tanto, cada aspiración brinda cierto refuerzo definido. Con 10 aspiraciones por cigarrillo, el fumador de una cajetilla al día refuerza su hábito 200 veces diarias. Aunque cerca de 80% de los fumadores expresa su deseo de dejar de fumar, sólo tratan de hacerlo 35% cada año, y menos de 5% tienen buenos resultados en ese intento cuando no cuentan con más ayuda.

El consumo de sustancias en la población joven es motivo de gran preocupación. La adolescencia es una etapa de especial riesgo para usar drogas que puede darse, entre otros factores, por curiosidad y búsqueda de sensaciones nuevas, como mecanismo para enfrentar problemas emocionales, de rebelión con la autoridad en el proceso de búsqueda de la propia identidad, con frecuencia ocurre en asociación con una sensación de invulnerabilidad que acompaña esta etapa. Sin embargo también es un hecho que no todos los adolescentes se ven igualmente afectados por el problema, la mayoría no usa drogas, una proporción experimenta con ellas para luego abandonarlas, y un porcentaje menor continúa usando y un segmento desarrolla problemas con las drogas.

La escuela es un escenario ideal para los programas de prevención. Estudios realizados en el país muestran claramente como la familia y la escuela siguen siendo los dos determinantes más importantes para el consumo de sustancias o su prevención. La escuela es un agente socializador prioritario, en ella tienen lugar el primer contacto con los pares y con figuras de autoridad distintas a los padres y es al mismo tiempo el entorno en que el sujeto tiene oportunidad de conseguir sus primeros logros socialmente reconocidos. Diferentes estudios muestran que el uso de drogas se relaciona con el bajo rendimiento, un mayor ausentismo y con el abandono escolar.

Los adolescentes con conductas problemáticas tienden a mostrar más desapego hacia el entorno escolar y expectativas negativas respecto a su éxito académico.

Es también en este escenario en donde los menores interactúan con los pares y es con ellos en donde tiene las primeras oportunidades de usar drogas. Por otro lado, los menores que permanecen en la escuela tienen menor probabilidad de usar drogas.

El uso crónico del tabaco y su dependencia normalmente se desarrollan durante la adolescencia, y pueden considerarse como los desórdenes pediátricos más comunes en este grupo etéreo. El estudio Gallup sobre tabaquismo y marcadores de dependencia, señala que el 40% de los fumadores adolescentes inician su consumo dentro de la primera hora posterior a levantarse; 50% de los adolescentes fumadores crónicos habían intentado dejarlo pero habían recaído, el 70% de ellos acepto que de poder abandonarlo, no volvería a fumar.

En México, el consumo de tabaco ha afectado al 50% de los estudiantes, y de manera similar a hombres y

mujeres (52.5% y 48.9%, respectivamente).

Las drogas se han vuelto importantes en la vida de muchos jóvenes porque les facilita establecer ligas de solidaridad con los de su grupo de edad, para expresar su desafío a la autoridad y a las convenciones sociales, y satisfacer sus anhelos exaltados de aventura. Los más afectados son los jóvenes de entre 13 y 19 años de edad. Respecto del consumo actual, el porcentaje de usuarios se reduce a menos de la mitad siendo la población masculina la más afectada (23.0%). Si analizamos el consumo de tabaco por nivel educativo, el porcentaje de usuarios activos de nivel secundaria es bajo (11.7%), en comparación con los de bachillerato (32.9%) y los de escuelas técnicas (35.3%).⁴

Al considerar la edad de los adolescentes, se observa que el porcentaje de consumidores de 14 años o menos, es menos de la mitad de los que tienen 18 años o más. Aún así, un porcentaje importante (36.3%) de adolescentes de 17 años (adolescentes menores de edad) han fumado en el último mes. El cambio más drástico se presenta de los 14 a los 15 años, ya que ahí se observa como se duplica la proporción de consumidores.

Los adolescentes consideran en su mayoría (74.2%), muy peligroso el consumo de sustancias como la marihuana o la cocaína. Sin embargo, esta percepción de riesgo disminuye notablemente cuando la sustancia es el alcohol (sólo un 55.1% considera muy peligroso su consumo frecuente) o para fumar cigarrillos diariamente (48.6%)..

Una visión global del impacto que el tabaquismo ha tenido en nuestro país lo podemos apreciar a través del estudio de los principales problemas médicos que aparecen como consecuencia de hábito tabáquico crónico. La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) representa la causa de muerte en la población general, en tanto que ocupa el 4to sitio de muerte en edad posproductiva, y el 5to sitio como causa de muerte en la población general del sexo femenino. En los hombres, la EPOC representa la 8va causa de muerte en la población general.

En lo que se refiere al carcinoma broncogénico, representa la 13ª causa de muerte en la población general, la 12ª causa de muerte en la población del sexo masculino,¹⁰ y la 17ª causa de muerte en la población del sexo femenino.⁹

El tabaquismo es el estado fisiológico y conductual secundario al hábito tabáquico de evolución crónica. Al igual que con otras sustancia adictivas, ocurren fenómenos de reforzamiento, tolerancia y dependencia a la nicotina, el metabolito principal del humo del tabaco.

Hay pruebas de tolerancia a los efectos subjetivos de la nicotina. Las personas que nunca han recibido nicotina experimentarán náuseas con concentraciones sanguíneas bajas de ésta, y los fumadores las experimentarán si las concentraciones se elevan por arriba de sus valores acostumbrados.

El término refuerzo negativo se refiere a los beneficios obtenidos con la terminación de un estado desagradable. En los fumadores dependientes, se tienen pruebas de que el impulso de fumar se relaciona con la concentración sanguínea de nicotina, como si fumar fuera un medio de lograr cierta concentración de la sustancia y, por tanto, evitar los síntomas de abstinencia.

El hábito probablemente se explique por la recompensa que representan los efectos de la nicotina, por el deseo de evitar el sufrimiento que produce la abstinencia o, lo que es más probable, por una combinación de ambos fenómenos.

Clasificación. De que o de quien

La clasificación clínica del hábito tabaquico crónico lo divide en dos grupos de atención, a saber:

Tabaquismo Pasivo:

El que supone la inhalación pasiva, no voluntaria, del humo producido por la ignición del tabaco de una tercera persona que lo lleva a cabo de forma voluntaria.

Tabaquismo Activo:

El que supone la inhalación activa y voluntaria del humo producido por la ignición intencionada del tabaco.

Anatomía y Fisiología de las Vías Respiratorias.

Lo esencial de las drogas no afecta solamente en el sistema respiratorio. Recuerda el tema central son adicciones

La morfología y ultra estructura de las fosas nasales garantiza un máximo contacto entre la corriente aérea inspiratoria y el envoltorio mucoso. Como consecuencia prácticamente se consigue un depósito de partículas en la capa de moco que recubre la mucosa nasal. Dichas partículas son arrastradas posteriormente hacia la rinofaringe para proceder ulteriormente a su deglución. Por ello puede considerarse que el filtrado se rige por unas propiedades esencialmente de orden mecánico.

Al pasar el aire por la nariz, las cavidades nasales realizan tres funciones distintas: primera, el aire es calentado por las superficies de los cornetes y el tabique medio, un área total de aproximadamente 160 cm². Segunda, el aire es humidificado casi por completo, incluso antes de pasar más allá de la nariz. Tercera, el aire es filtrado. Todas estas funciones en conjunto se denominan función de acondicionamiento del aire de las vías respiratorias altas. Habitualmente, la temperatura del aire inspirado aumenta hasta no diferir en más de 0.5 °C de la temperatura corporal y, además, antes de llegar a la tráquea, alcanza un grado de saturación con vapor de agua que es solo 2 a 3% inferior al valor de saturación total.

Los pelos existentes en las ventanas nasales son importantes en la separación de grandes partículas voluminosas. Pero es mucho más importante aún la eliminación de partículas mediante precipitación por turbulencia. Esto es, el aire que pasa por las vías respiratorias nasales choca con muchos obstáculos: los cornetes (que producen turbulencia del aire), el tabique y la pared faríngea, y debe cambiar de dirección cada vez que choca con una de esas obstrucciones, pero las partículas que lleva en suspensión, por tener una masa y un momento de inercia mucho mayores que el propio aire, no pueden cambiar su curso tan rápidamente. Por tanto, siguen su camino original alcanzando las superficies de las obstrucciones y quedan atrapadas en la túnica de moco. Luego son transportadas hacia la faringe donde se degluten.

El mecanismo de turbulencia nasal para suprimir partículas del aire es tan eficaz que casi no llega a los pulmones, vía nariz, ninguna partícula con diámetro mayor que 4 a 6 micras. Estas dimensiones son menores que las de los glóbulos rojos.

De las partículas restantes, muchas con tamaños comprendidos entre 1 y 5 micras se asientan en los bronquiólos más pequeños por precipitación por gravedad. Algunas de las partículas más pequeñas, menos de 1 micra de diámetro, difunden contra las paredes de los alvéolos y se adhieren al líquido alveolar, pero muchas de las que poseen un diámetro inferior a 0.5 micras quedan suspendidas en el aire alveolar y se expelen durante la espiración.

Las partículas del humo del tabaco tienen un diámetro de unas 3 micras, casi ninguna de ellas precipita en las vías respiratorias antes de alcanzar los alvéolos. Sin embargo, hasta una tercera parte precipita en los alvéolos por el procedimiento de difusión y las restantes permanecen en el aire y son expulsadas

con la espiración.

Entre la tráquea y el saco alveolar, los conductos respiratorios se dividen 23 veces. Las primeras 16 divisiones forman una zona conductora del aire que lo transporta desde y hacia el exterior. Están formadas por los bronquios, bronquiólos y bronquiólos terminales. Las siete divisiones restantes forman zonas de transición entre funciones de conducción y respiración donde ocurre el intercambio gaseoso y están integradas por bronquiólos respiratorios, conductos alveolares y alvéolos. Estas muchas subdivisiones aumentan mucho el área de sección total de las vías respiratorias, de 2.5 cm² en la tráquea a 11,800 cm² en los alvéolos. En consecuencia, la velocidad de la corriente de aire en las pequeñas vías aéreas disminuye a valores muy bajos.

Todas las vías respiratorias, desde la nariz hasta los bronquiólos terminales, se conservan húmedas gracias a la capa de moco que cubre su superficie. Secretan este moco las glándulas submucosas pequeñas y las células caliciformes individuales situadas en la túnica epitelial de las vías respiratorias. Además de conservar húmedas las superficies, el moco atrapa partículas pequeñas del aire inspirado y les impide llegar a los alvéolos.

Toda la superficie de las vías respiratorias, desde la nariz hasta los bronquios terminales, está revestida por epitelio ciliado, presentando cada célula epitelial unos 200 cilios. Estos baten continuamente con una frecuencia de 10 a 20 veces por segundo, barriendo siempre en dirección a la faringe. Es decir los cilios de las vías respiratorias inferiores baten hacia arriba, en tanto que los de la nariz lo hacen hacia abajo. Este continuo barrido hace que la túnica de moco fluya lentamente, con una velocidad de aproximadamente 1 cm/min, hacia la faringe. A continuación, el moco y sus partículas atrapadas se degluten o se expelen con la tos.

El fin último del sistema de ventilación pulmonar es renovar continuamente el aire en las áreas de intercambio de los pulmones, donde este aire se encuentra en estrecha proximidad con la circulación sanguínea. Estas regiones incluyen alvéolos, sacos alveolares, conductos alveolares y bronquiólos respiratorios. El ritmo de entrada de aire nuevo a estas regiones se llama ventilación alveolar. Es extraño, sin embargo, que durante la respiración normal en reposo el volumen de aire presente en el espacio de ventilación alveolar basta únicamente para llenar las vías respiratorias hasta los bronquiólos terminales, de manera que solo una pequeña porción del aire inspirado es la que en realidad fluye hacia los alvéolos. Este movimiento se logra por difusión. La difusión se debe al movimiento cinético de las moléculas, que consiste en que cada molécula de gas se mueve a gran velocidad entre las restantes. La velocidad de movimiento de las moléculas en el aire respiratorio es tan grande y, a su vez, la distancia entre los bronquiólos terminales hasta los alvéolos es tan corta, que los gases se desplazan por este recorrido final en sólo una fracción de segundo.

Fisiopatología.

Las consecuencias fisiopatológicas de la exposición al humo del tabaco incluyen la destrucción del tejido que contribuye a la enfermedad pulmonar; cambios celulares que contribuyen a la aparición de cáncer; y los efectos celulares y moleculares que conllevan a la dependencia.

La nicotina ejerce efectos complejos que motivan su auto administración. Como la nicotina brinda el refuerzo para el consumo de cigarrillos, que es la causa más frecuente de muerte por enfermedad evitable en Estados Unidos, se le considera el fármaco más potente productor de dependencia. La dependencia generada por la nicotina puede ser de duración extrema, según lo refleja la altísima tasa de fracasos entre los fumadores que tratan de renunciar al hábito.

Algunos estudios han encontrado que la nicotina produce el mismo grado de dependencia que drogas como la heroína, la cocaína o el alcohol. Factores independientes a los de la droga, afectan la prevalencia

de su dependencia y la severidad de ésta en los individuos. Algunos de estos factores son los mismos que inciden sobre otros problemas médicos resultado de la exposición a toxinas. Por ejemplo, los factores sociales son determinantes importantes en la auto administración de novo, y la auto administración crónica, hasta que los factores de refuerzo de la droga son capaces de mantener la administración. Otros factores tales como la capacidad individual de manejar el deseo, las sanciones sociales, la disponibilidad de la sustancia, el costo de ésta y la percepción de los riesgos de usarla son importantes en el tabaquismo y otras enfermedades de dependencia de sustancias.

No está del todo claro si el vehículo liberador de nicotina es determinante para la toxicidad y el abuso potencial de la droga. El vehículo determina estas características en dos sentidos: Primero, determina la velocidad de liberación y de esta manera determina la concentración de nicotina a la que los tejidos estarán expuestos. Por ejemplo, la inhalación consigue los mismos efectos que una inyección intravenosa rápida, y el expone al corazón, cerebro y feto a altas concentraciones que se disipan en pocos minutos. Los efectos psicoactivos y cardiovasculares están relacionados directamente con la velocidad de liberación de la nicotina a partir del vehículo. Segundo, la liberación determina la naturaleza y cantidad de otras sustancias tóxicas a las que el consumidor esta expuesto.

El cigarro es el vehículo más ampliamente usado, el más tóxico y adictivo para la entrega de nicotina. La nicotina se separa a partir de la combustión del cigarro desde donde una serie de partículas de diferentes tamaños llegan a los pulmones. La punta ardiente del cigarro también es la fuente de monóxido de carbono y otros compuestos.

La nicotina se absorbe rápidamente en los alvéolos y pasa en forma de bolo a la circulación para alcanzar el ventrículo izquierdo del corazón y entrar a la circulación general. Las características de su absorción son similares a las de los gases como el oxígeno.

La mayoría de los cigarros contienen entre 8 y 9 mg. de nicotina, de la cual los fumadores obtienen entre 1 y 3 mg.¹⁷ El típico fumador de una cajetilla diaria obtiene entre 20 y 40 mg. de nicotina cada día lo que logra niveles sanguíneos sustancialmente mayores que los que se alcanzan con los sistemas de liberación transdermal.

Al administrar nicotina a un fumador privado del tabaco durante cierto tiempo, se incrementa la frecuencia cardiaca y los niveles de euforia, en tanto que el reflejo patelar disminuye. Con dosis repetidas, la frecuencia cardiaca se estabiliza en un punto intermedio entre el obtenido con la primera dosis y el basal registrado cuando se encontraba privado de la exposición al tabaco, los efectos subjetivos fueron mínimos, y el reflejo patelar apareció normal. La tolerancia a una amplia variedad de efectos subjetivos, fisiológicos y conductuales de la nicotina han sido estudiados. Hay algunos mecanismos fisiológicos que explican la tolerancia a la nicotina, estos incluyen una respuesta disminuida a la droga en el sitio de acción específico, y un incremento en el número de receptores nicotínico con cierto grado de aumento metabólico.

Los fumadores pierden cierto grado de tolerancia al tabaco mientras duermen, y lo recobran cuando vuelven a fumar. Una sola exposición a la nicotina induce tolerancia efímera a los efectos psicoactivos, cardiovasculares, y otros, efecto conocido como taquifilaxis.

Después de al menos algunas semanas de exposición a la nicotina, la dependencia física se desarrolla, y si ocurre una privación de más de unas pocas horas, aparecen síntomas de abstinencia que son generalmente opuestos a los efectos producidos inicialmente por la nicotina. Las adaptaciones celulares y neurológicas responsables de la producción de tolerancia, también operan en la aparición de la dependencia física. Los fumadores, en comparación con personas no fumadores, presentan un pulso mayor (5 a 7 latidos por minuto), catecolamina circulantes en mayor concentración, peso corporal menor, y un incremento en los sitios receptores de nicotina.²² Tal incremento en el número de receptores cerebrales conlleva un mayor riesgo de

desarrollar enfermedades neuropsiquiátricas.

La curva de absorción de nicotina varía en función del sistema de liberación. La absorción es rápida para los cigarrillos, y los niveles disminuyen rápidamente porque aproximadamente la mitad de la nicotina es redistribuida entre los diferentes compartimentos corporales en un plazo de 15 a 20 minutos posterior a la inhalación. La disminución de los niveles sanguíneos que ocurre posteriormente es gradual, con una vida media final de 2 horas, aunque varía mucho entre los individuos.

La nicotina produce una cascada de efectos fisiológicos y conductuales mediados a partir de la activación de receptores en los ganglios autónomos, la médula adrenal, y las terminaciones sensoriales de los nervios, así como, y de manera importante, a través de los receptores de la placa neuromuscular, y los receptores cerebrales.

La poderosa acción condicionante de la nicotina está mediada, al menos en parte, por; (a) la activación de los receptores colinérgicos de tipo nicotínico en el cerebro, y (b) la modulación de los niveles sanguíneos de hormonas tales como la epinefrina y el cortisol. El sistema de recompensa dopaminérgico mesolímbico, que media la habilidad de la cocaína para producir dependencia, ha sido implicado en la habilidad de la nicotina para producir el mismo efecto.^{24 25}

Las células de este sistema se localizan en el área tegmental anterior del cerebro medio. Sus axones tienen proyecciones hacia el sistema límbico, específicamente al núcleo accumbens, el tubérculo olfatorio, el núcleo de la estría terminal, y parte de la amígdala. Los efectos corticales de la administración de nicotina incluyen cambios en el metabolismo local del cerebro, y cambios EEG. Los efectos endocrinos importantes incluyen la liberación de catecolamina, serotonina, prolactina, hormona del crecimiento, vasopresina, beta endorfinas y hormona adrenocorticotrópica. Estos efectos ocurren mediante los siguientes dos mecanismos; (a) El reforzamiento positivo, esto es, la capacidad de las sustancias de producir efectos que despiertan en el consumidor el deseo de obtenerlas otra vez, y (b) el reforzamiento negativo de los síntomas de abstinencia que son también un estímulo que facilita la compulsión a fumar.

Los efectos de la nicotina pueden ser estimulantes o sedativos, dependiendo de la dosis administrada y de otros factores tales como el tiempo entre dosificaciones, el nivel individual de tolerancia, y el grado de dependencia física. Por ejemplo, el primer cigarrillo del día produce excitación autonómica, activación abrupta del EEG, y efectos claramente discriminables, a menudo placenteros. Los cigarrillos siguientes producen cambios fisiológicos y conductuales mínimos.

El desarrollo de la tolerancia y la dependencia no son suficientes para establecer el efecto impulsivo al fumar. La droga también debe ser auto administrada de manera frecuente y suficiente, para que los fenómenos de refuerzo impacten sobre la conducta. Este proceso de condicionamiento es mayormente eficaz cuando el efecto de la droga es discreto, junto con estímulos aparentes rápidos, y seguido a los pocos segundos de una conducta específica. Este paradigma resulta óptimo para explicar el efecto condicionante del tabaquismo. La tolerancia y la dependencia física potencia el proceso mediante el cual se establece un estado motivacional en un individuo en el que previamente no existía. Así, el tabaquismo está reforzado tanto por fenómenos positivos con base en el cerebro, como por la continua necesidad de administrar nicotina para prevenir la sintomatología de la abstinencia.

Además de las acciones directas de la nicotina sobre el fortalecimiento de la conducta y el alivio de los síntomas de privación, los fumadores frecuentemente reportan beneficios que son al menos en parte atribuibles a la nicotina. No es posible separar completamente el alivio pasajero de la abstinencia, de los efectos que la gente con ciertas debilidades o deficiencias le encuentran a la nicotina, pero es importante ser consciente de que la cesación de fumar llevará a una variedad de necesidades incumplidas que pueden contribuir a la recaída. Por ejemplo, alguna gente señala que fumar le permite manejar de

manera más adecuada el estrés, que le ayuda a mantener controlado su apetito y su peso, que aumenta el placer por actividades tales como la lectura, y que facilita la interacción social.

Al menos tres tipos de efectos nicotínicos, por lo tanto, pueden contribuir al desarrollo de dependencia: (1) La liberación de nicotina produce efectos de reforzamiento mediante la interacción con los sistemas de recompensa cerebrales; (2) la tolerancia y la dependencia física se producen en la misma medida que la abstinencia se acompaña de efectos adversos; y (3) la dependencia a la nicotina puede derivarse de los efectos útiles conductuales, sobre el apetito y la cognición. Estos efectos no son mutuamente exclusivos, y a menudo interactúan entre ellos.

La reacción final de cualquier sistema representa la suma de los efectos inhibidores y estimulantes de la nicotina. Los cambios complejos se deben no solo a sus efectos directos sobre los quimiorreceptores específicos sino a la de sensibilización que produce sobre ellos.

La acción principal de la nicotina consiste en estimular de manera transitoria a todos los ganglios autónomos, para luego deprimirlos de manera más persistente. Las dosis pequeñas de nicotina estimulan de modo directo a las células ganglionares y facilitan la transmisión de impulsos. Cuando se aplican dosis mayores del fármaco, la estimulación inicial va seguida, con gran prontitud, por bloqueo de la transmisión. Mientras la estimulación de las células ganglionares coincide con su despolarización, la depresión de la transmisión mediante dosis adecuadas de nicotina se produce tanto durante la despolarización como después que ha pasado esta. La nicotina ejerce también una acción bifásica en la médula suprarrenal; las dosis pequeñas desencadenan liberación de catecolamina, y las dosis de mayor tamaño impiden su liberación ante la estimulación nerviosa esplénica.

Se sabe que, al igual que la acetilcolina, la nicotina estimula a diversos receptores sensoriales. Entre ellos están los mecanorreceptores que reaccionan al estiramiento o a la presión de la piel, el mesenterio, la lengua, el pulmón y el estómago, los receptores de los cuerpos carotídeos, los receptores térmicos de la piel y lengua, y los receptores de dolor.

La excitación de la respiración es un efecto notable de la nicotina; aunque las grandes dosis tienen acción directa en el bulbo raquídeo, las pequeñas incrementan la respiración de manera refleja, por excitación de los quimiorreceptores de los cuerpos carotídeos y aórticos.

Algunos genes han sido asociados con la adicción a la nicotina. Algunos reducen la eliminación de la droga, y otros han sido asociados con un aumento en la probabilidad de desarrollar dependencia a otras drogas además de al tabaco y a una mayor incidencia de episodios depresivos. Las alteraciones genéticas que involucran a la dopamina, y posiblemente a las vías neuroreguladoras a cargo de la serotonina y la nicotina, comienzan a ser estudiadas para develar su contribución al desarrollo de la adicción al tabaco y a otras sustancias. El rol preciso que las diferencias genéticas juegan en el desarrollo de la dependencia y la tolerancia no se conocen aun del todo, pero parece poco probable que sean determinantes, al igual que sucede con el alcohol.

Si te interesa puedes presentarlo como HNE Y N DE P.

ADICCIÓN A LA MARIHUANA

Es una planta ampliamente difundida en zonas tropicales y templadas. Su nombre científico es *Cannabis Sativa*, existen de dos variedades más la *Indica* y la *Americana*. La marihuana también recibe otro nombre: Hashish. Es una mezcla de hojas y flores; El Hashish es la resina de la planta y tiene efectos más fuertes.

Complicaciones a corto plazo:

Sensación de relajamiento y de tranquilidad.

Sensación de mayor libertad y confianza.

Aumento del apetito.

Aumento en la percepción de los colores, sonidos y otras sensaciones; Puede alteran la visión y percepción de tiempo y espacio.

Menor coordinación motora.

Alteraciones de la memoria para hecho recientes.

Disminución de la habilidad para realizar tareas que impliquen concentración y coordinación.

Aumento de frecuencia Cardíaca.

Probables riesgo de alteraciones cardíacas.

Resequedad de la mucosa oral (ulceraciones).

Alucinaciones y psicosis paranoide: Escuchan voces y ven personas o cosas que los demás no ven; sienten que lo vigilan o persiguen.

Alteraciones en el juicio (dificultad para evaluar situaciones o tomar decisiones).

Complicación a largo plazo:

Enfermedades respiratorias y pulmonares: Cáncer y Bronquitis Crónica

Disminución de los niveles de testosterona. Hormona Masculina; Con menor numero de espermatozoides y dificultad para la fecundación en varones.

Aumento de la testosterona y mayor riesgo de esterilidad en mujeres.

Disminución del placer Sexual.

Dependencia Psicológica.

Psicosis paranoide, Cuadro de locura con sintomatología semejante a la esquizofrenia.

Los efectos de la Marihuana durante el embarazo

Pueden dar como resultado un R. N: de menor talla y peso. También existe evidencia que el uso de la marihuana durante el embarazo puede provocar un trastorno semejante al Síndrome Feto alcohólico caracterizado por dificultades para el aprendizaje en edades más tardías.

Cocaína y Crack: Erythxylon

Coca es el nombre científica de la planta de la que se extrae la cocaína. Esta planta crece en la zonas húmedas de los Andes que incluyen a Perú, Ecuador y Bolivia. Las hojas se maceran hasta formar una pasta que al refinarse da como resultado un polvo blanco y cristalino.

El Crack se obtiene a partir de la cocaína, utilizando solventes volátiles que hacen que la droga se pueda fumar; De esa manera se obtienen efectos más intensos, ya que es la forma más directa en la que la sustancia llega al cerebro.

Complicaciones a corto plazo

Hipertensión Arterial.}

Aumento de la temperatura corporal y de la frecuencia cardíaca.

Euforia, sensación de bienestar, sentimiento exagerado de felicidad.

Ansiedad.

Disminución del apetito.

Estados de pánico.

Alteraciones en la capacidad de la concentración y de juicio, se le dificulta mantener la atención en un tema; Le resulta valorar una situación y lo hace mal.

Indiferencia al dolor y a la fatiga.

Sentimiento de mayor resistencia física y rendimiento mental.

Pupilas dilatadas y conducta impredecible que puede incluir un comportamiento violento.

Alteraciones en el sueño Insomnio

Complicaciones a largo plazo

Inquietud.

Nauseas.

Insomnio.

Perdida de peso.

Psicosis y alucinaciones de tipo paranoide, locura con sensaciones de persecución y visiones.

Anhedonia incapacidad para experimentar placer y depresión.

Infartos cardíacos, Accidentes Vasculares Cerebrales y enfermedades infecciosas.

Hepatitis e Infecciones de VIH cuando la droga se usa inyectada.

Convulsiones e Impotencia Sexual.

Deseo imperioso de consumir la droga.

Zoopsias Es la sensación imaginaria de que una gran cantidad de insectos se encuentran bajo la piel, que es

característica del uso crónico de la cocaína.

ABORTOS Embarazo: Los resultados de diversas investigaciones indican que los efectos de la cocaína durante la gestación pueden provocar abortos; niños prematuros y muerte fetal. Debido a que la cocaína provoca una estrechez de los vasos sanguíneos, la cantidad de sangre y oxígeno que recibe el producto está disminuida, puede dar lugar a niños de menor talla y con crecimiento lento después del nacimiento.

Si la cocaína se sigue usando después del nacimiento, el niño puede nacer con síntomas de intoxicación como hiperactividad movimientos excesivos y agitación; También puede presentarse síntomas de abstinencia que incluyen insomnio y disminución a las respuesta de los estímulos.

SUBSTANCIAS INHALABLES

Los inhalables son sustancias químicas tóxicas volátiles, utilizadas a través de inhalación por la nariz o aspiración por la boca, con el fin de producir depresión del sistema nervioso central. Existen más de mil productos disponibles en las tiendas, ferreterías, supermercados y farmacias que están a disposición de niños y jóvenes; Estos artículos son fáciles de obtener ya que son de uso rutinario en el hogar, la escuela y trabajo.

Complicaciones a corto plazo:

Sensación de mayor libertad y confianza

Excitación y risas inmotivadas

Euforia, sensación de bienestar

Sentimiento exagerado de felicidad

Mareos, náuseas, diarrea

Desorientación e incoordinación motora, incapacidad para dirigirse a voluntad en una forma armónica

Ojos vidriosos y rojizos, tos, flujo y sangrado nasal

Conductas de Riesgo no mide el peligro y posibilidades de accidentes

Palpitaciones, dolor de cabeza, dificultades para respirar

Complicaciones a largo plazo:

Dolores de cabeza, debilidad muscular y dolores abdominales

Disminución paulatina del olfato

Náuseas y sangrados nasales

Conductas violentas

Dificultad para el control de esfínteres se orina y defeca involuntariamente

Hepatitis, daño pulmonar y renal

Daño cerebral irreversible

Al hablar arrastra las palabras como si estuviera borracho o mareado

–Disminución del apetito

–Enrojecimiento e inflamación alrededor de la nariz y la boca.

ANFETAMINAS Y METANFETAMINAS

Fueron sintetizadas por primera vez entre la última década del siglo XIX y la primera del siglo XX. Los primeros experimentos clínicos se iniciaron hacia 1930, y desde 1935 se comercializó con gran difusión en el Reino Unido, Francia y Alemania. Durante la segunda guerra mundial fue utilizada indiscriminadamente por todos los bandos dado el carácter de euforizante que contiene la sustancia y la agresividad.

Las anfetaminas y las metanfetaminas pertenecen a un grupo de drogas que estimulan el Sistema Nervioso Central y se utilizan indiscriminadamente para adelgazar, reducir el cansancio y aumentar el rendimiento físico.

La mayoría de estas sustancias se elaboran en laboratorios clandestinos y sus efectos pueden ser impredecibles; Se venden de manera ilegal. Las anfetaminas pueden ser utilizadas por vía oral, fumadas, inhaladas y también se disuelven en agua para inyectarse.

Complicaciones a corto plazo

Aumento de la frecuencia cardíaca, la respiración y la presión arterial.

Sudoración y dilatación pupilar.

Sensación de energía y confianza.

Inquietud.

Excitación.

Insomnio.

Disminución del apetito.

Irritabilidad.

Ansiedad y desasosiego, hostilidad y agresión.

Mareos, visión borroso, dolores abdominales y disminución de la coordinación motora.

En el caso del éxtasis los efectos son variables, dependen del ambiente en el que se utilizó; los efectos estimulantes se incrementan de modo que la persona puede soportar mucho tiempo en actividades agotantes y la sensación de confianza promueve sentimientos de cercanía y manifestaciones de afecto con conocidos y extraños. Sudoración importante, alucinaciones, sensación de estar flotando y una conducta irracional y extraña.

Complicaciones a largo plazo

Estados de desnutrición.

Irritabilidad.

Temblores.

Confusión.

Desorientación.

Ansiedad, psicosis paranoica y conductas violentas.

Pueden presentar accidentes vasculares cerebrales.

Hepatitis e infecciones por VIH cuando la droga se usa inyectada.

Cambios en el estado de animo: Depresión y euforia.

Dependencia psicológica importante.

Embarazo: Las anfetaminas y las metanfetaminas pueden aumentar el riesgo de aborto, parto prematuro y complicaciones del producto al momento del nacimiento. Los efectos no son bien conocidos, por ello se recomienda no utilizar estas sustancias durante el embarazo.

TRANQUILIZANTES E HIPNÓTICOS

La mayoría de los tranquilizantes pertenecen al grupo de drogas de las llamadas Benzodiacepinas. Estos medicamentos se prescriben en nuestro país con relativa facilidad por médicos no especialistas para combatir el estrés, la ansiedad y como auxiliares para conciliar el sueño.

Muchos de ellos también se utilizan de manera secundaria para el tratamiento de la epilepsia como relajantes musculares, así como para el manejo de la abstinencia al alcohol y otras drogas adoptivas.

Complicaciones a largo plazo

Reducción de las reacciones emocionales

Relajamiento muscular

Tranquilidad y disminución de la tensión y a ansiedad

somnolencia, cansancio, pereza

Aislamiento

Lenguaje farfullante poco claro, errores de pronunciación.

Escasa coordinación motora, confusión y alteración del juicio

Visión doble y ocasionalmente pérdida de la memoria.

Cambios en el estado de animo caracterizado por agresividad

Dosis elevadas pueden ocasionar perdida del estado de la conciencia o coma.

Complicaciones a largo plazo

Somnolencia constante.

Disminución de la motivación, pereza para realizar actividades.

Alteraciones en la memoria.

Cambio en las respuestas emocionales, pasa de la alegría a la tristeza o a la irritabilidad o violencia sin que tenga relación con alguna cosas concreta.

Ansiedad.

Dificultad para conciliar el sueño o sueños desagradables.

Nauseas, erupciones en la piel.

Cefaleas.

Alteraciones en los periodos menstruales.

Problemas sexuales.

Aumento de peso y del apetito.

Necesidad física y Psicológica de usar la droga.

Embarazo: no Se recomienda utilizar estos medicamentos durante el embarazo, ya que tiene la capacidad de cruzar la barrera placentaria y ocasionar efectos sobre el producto afectando el desarrollo y crecimiento del producto.

El recién nacido puede tener dificultades para respirar y debilidad para succionar el pecho materno; También pueden presentarse trastornos de aprendizaje durante la etapa escolar.

HEROÍNA

Es una de las múltiples drogas que se derivan de la planta del opio y se clasifican como opiáceos. La palabra opio proviene del griego *opos* que significa jugos. Al hacer incisiones en la cápsula de la planta, se obtiene un exudado resinoso de color café oscuro y olor semejante al amoniaco, que al secarse forma lo que se conoce como polvo de opio.

Al ser tratado a través de proceso químicos se obtienen derivados como la morfina, codeína, metadona y meperidina, entre otros. La heroína es un analgésico muy potente, tiene l apariencia de gránulos blancos, cafés o rosáceos y u sabor es amargo.

Se utiliza por vía intravenosa, aspiración nasal y fumada; La inyección de esta sustancia produce una sensación de calor y placer profundo e intenso. Es una droga ilegal que se utiliza ampliamente en la región noroccidental de México, particularmente en las Ciudades de Tijuana y Mexicali.

Complicaciones a corto plazo

Placer intenso y una poderosa sensación de bienestar.

Disminuciones de sensaciones dolorosas y de la apetencia sexual.

Retardo en las funciones corporales como frecuencia respiratoria, presión arterial pulso.

Nauseas y vomito.

Somnolencia y torpeza motora.

Disminución de la temperatura corporal.

Contracción pupilar.

Sensación de calor.

Complicaciones a largo plazo

Estreñimiento.

Alteraciones en los periodos menstruales.

Perdida del deseo sexual.

Riesgo de Hepatitis o Infección por VIH, debido al intercambio de jeringas.

Depresión respiratoria, cianosis labial.

Edema pulmonar; Caracterizado por respiración irregular y superficial.

Arritmias cardiacas.

Abscesos e infecciones en la piel, venas y músculos.

Endocarditis (Infección del corazón y válvulas cardiacas como consecuencia la ruptura de válvulas, infarto y muerte).

Infecciones articulares y óseas.

Neumonía.

Falla renal por infecciones.

Manifestaciones asmáticas (Semejantes al asma).

Muerte por sobredosis y impureza de la droga.

Dependencia Física y psicológica a la droga.

ALUCINOGENOS

Son sustancias que pueden generar depresión o estimulación del Sistema nervioso central. Los alucinógenos

han sido utilizados desde la antigüedad por varias culturas alrededor del mundo y sus efectos eran considerados como una experiencia mística y religiosa.

Pueden producir cambios significativos en el estado de conciencia; Estas drogas se ingieren por vía oral, inyectada o fumada. Son sustancias muy potente que en cantidades pequeñas pueden producir efectos muy fuertes entre ellos se encuentran el Ácido Lisérgico (LSD), Mezcalina y Peyote, éxtasis.

Complicaciones a corto plazo:

Alteraciones en la percepción auditiva, tacto, olfato y gusto, así como en la percepción del tiempo.

Alteraciones cardiacas y vasculares: taquicardia, Arritmias y disminución de la presión arterial.

Inestabilidad emocional: Ansiedad, euforia, agresividad e ideas suicidas.

Delirios y alucinaciones visuales o auditivas de tipo paranoide.

Gastritis, mareos, nauseas y vómitos.

Temperatura corporal elevada.

Perdida del apetito.

Insomnio.

Temblores y escalofríos.

Problemas en la coordinación motora y rigidez.

Calambres musculares.

Eventualmente pueden presentarse convulsiones o estados de coma.

Visión borrosa por dilatación pupilar.

Estados de pánico agudo (mal viaje).

Complicaciones a largo plazo:

Flashbacks (repetición): Se pueden presentar los efectos días, semanas o años después de haber utilizado la droga.

Ve colores intensos.

Diversas alucinaciones.

Dependencia física y psicológica, solo en el caso de éxtasis.

Aquí tienes todos los que mencionas, pero no todos son abordados con la misma extensión y precisión: alcoholismo, tabaquismo, marihuana, cocaína y crack: erythxylon, abortos embarazo: sustancias inhalables, anfetaminas y metanfetaminas, tranquilizantes e hipnóticos, heroína, alucinógenos

Sugiero que aquí es donde te extiendas sobre una sola adicción y lo abordes desde la HNE y los N de P

2. REHABILITACIÓN O MUERTE

Período pre patológico, período patológico y resultado con cada una de sus sub índices.

Diagnostico precoz Tratamiento oportuno y limitación de la enfermedad y Rehabilitación

REHABILITACIÓN O MUERTE

Diagnostico y tratamiento

Es la fase que permite conocer el problema en detalle y evaluarlo para determinar un tratamiento personalizado. Así mismo se aprovecha para reforzar la motivación y compromiso del paciente y la familia para seguir el tratamiento. Centros de integración juvenil ofrece servicios de tratamiento y rehabilitación a personas que consumen drogas de cualquier tipo.

El tratamiento es proporcionado por un equipo formado por psiquiatras, médicos generales, psicólogos y trabajadores sociales especializados en la atención de los problemas relacionados con las drogas; el abuso de estas sustancias esta asociado con las dificultades o conflictos que no logra resolver . El tratamiento que proporciona centros de integración juvenil constituye un apoyo confiable y eficaz.

Y el sistema más aceptado para el diagnóstico de problemas mentales es el publicado por la American Psychiatry Association, el DSM IV correspondiente al año de 1994, y de donde se deriva el siguiente cuadro de criterios diagnósticos para alcoholismo.

Alcoholismo

Criterios diagnósticos principales.

Dependencia fisiológica manifestada por evidencia de supresión cuando se interrumpe la ingestión.

Tolerancia a los efectos del alcohol.

Evidencia de enfermedades relacionadas con el alcohol, como enfermedad alcohólica del hígado o degeneración cerebelosa.

Ingestión continua de bebidas alcohólicas a pesar de las contraindicaciones médicas y sociales fuertes, perturbaciones en la vida.

Deterioro del funcionamiento social y ocupacional.

Depresión.

Amaurosis fugaz.

Otros signos o criterios menores.

Estigmas de alcohol: aliento etílico, facies alcohólica, cara enrojecida, hiperemia de escleróticas, temblores, equimosis, neuropatía periférica.

Ingestión subrepticia de bebidas alcohólicas.

Ausencias inexplicables al trabajo.

Accidentes frecuentes, caídas o lesiones de origen indeterminado; en fumadores, quemaduras de cigarro en manos o tórax.

Pruebas de laboratorio: valores elevados en pruebas de función hepática, volumen corpuscular medio, triglicéridos y ácido úrico.

Hay varios instrumentos de detección que pueden ayudar a identificar el alcoholismo. Uno de los más útiles es el cuestionario CAGE, y la prueba AUDIT.

Cuestionario CAGE. Este puede ser un anexo

¿Alguna vez ha tenido la necesidad de dejar (Cut) de beber?

¿Alguna vez se ha sentido incómodo (Annoyed) a consecuencia de las críticas por su manera de beber?

¿Alguna vez se ha sentido culpable (Guilty) por su manera de beber?

¿Alguna vez se ha tomado en la mañana un trago para despertar (Eye opener)?

INTERPRETACIÓN

Dos respuestas de si se considera una detección positiva. Una respuesta de si debe despertar la sospecha de abuso de alcohol.

Prueba de Identificación de Trastorno en el Consumo de Alcohol (AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test).

Las calificaciones por categoría de respuestas se proporcionan entre paréntesis. Las calificaciones van de 0 a 41, con una calificación correspondiente al punto de corte de " 5 para señalar el consumo de riesgo, el consumo peligroso y la dependencia al alcohol.

¿Con qué frecuencia toma una bebida que contenga alcohol?				
(0) Nunca.	(1) Una vez al mes o menos.	(2) Entre 2 y 4 veces al mes.	(3) 2 a 3 veces por semana.	(4) 4 o más veces por semana
¿Cuántas bebidas con alcohol ingiere en el día que usted bebe?				
(0) 1 o 2.	(1) 3 o 4.	(2) 5 o 6.	(3) 7 o 9.	(4) 10 o más.
¿Qué tan a menudo se toma usted seis o más copas en una ocasión?				
(0) Nunca.	(1) Menos de una vez por mes.	(2) Una vez al mes.	(3) Una vez a la semana.	(4) Diario o casi diario.
¿Con qué frecuencia durante el año pasado se encontró con que era incapaz de dejar de beber una vez que empezaba?				
(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

Nunca.	Menos de una vez por mes.	Una vez al mes.	Una vez a la semana.	Diario o casi diario.
Durante el año pasado ¿cuántas veces dejó de hacer lo que usted esperaba efectuar debido a la bebida?				
(0) Nunca.	(1) Menos de una vez por mes.	(2) Una vez al mes.	(3) Una vez a la semana.	(4) Diario o casi diario.

Existe una serie de estados clínicos relacionados con el alcoholismo que conviene conocer debido a su alta conformidad.

Intoxicación aguda

Los signos de intoxicación alcohólica son los mismos que los de la sobre dosificación con cualquier otro depresivo del SNC: somnolencia, errores al desarrollar labores, disfunción psicomotora, desinhibición, disartria, ataxia y nistagmo. Para una persona de 70 Kg. una onza de whisky, un vaso de vino o una botella de 12 onzas de cerveza (aproximadamente 15, 11 y 13 g de alcohol, respectivamente), pueden aumentar la concentración de alcohol en la sangre en 25 mg/dL. En el caso de una persona de 50 Kg. aumenta aun más la cifra de alcohol en sangre (35 mg/dL) con el mismo consumo. Los valores de alcohol en sangre por debajo de 50 mg/dL pocas veces provocan disfunción motora significativa. La intoxicación, manifestada por ataxia, disartria, náuseas y vómito indican una concentración sanguínea por encima de los 150 mg/dL, y los valores sanguíneos letales varían de 350 a 900 mg/dL. En casos graves, la sobre dosificación se caracteriza por depresión respiratoria, estupor, convulsiones, síndrome de choque, coma y muerte. Las sobredosis graves se deben a menudo a una combinación de alcohol con otros sedantes.

Signos de Supresión.

Hay un amplio espectro de manifestaciones de supresión alcohólica que van desde la ansiedad, disminución de la cognición y temblores hasta aumento en la irritabilidad e hiperactividad, incluyendo al delirium tremens completamente desarrollado. Los síntomas de supresión leve incluyendo temblor, aumento de los signos vitales y ansiedad, se inician 8 horas después de la última bebida y por lo general han pasado al tercer día. Las convulsiones generalizadas se manifiestan dentro de las primeras 24 a 38 horas y son más persistentes en personas que tienen antecedentes de síndromes de supresión. El delirium tremens es una psicosis orgánica aguda que suele manifestarse 25 a 72 horas después de la última bebida (pero puede presentarse hasta después de 7 a 10 días). Se caracteriza por confusión mental, temblor, hiperagudeza sensitiva, alucinaciones visuales, hiperactividad autonómica, diaforesis, deshidratación, perturbaciones electrolíticas, convulsiones y anomalías cardiovasculares. El síndrome de supresión aguda por lo general es completamente inesperado y se origina cuando el paciente ha estado hospitalizado por algún problema no relacionado y se presenta como un problema diagnóstico.

Además de los síntomas de supresión inmediatos, hay evidencia de algunos persistentes a largo plazo, incluyendo perturbaciones del sueño, ansiedad, depresión, excitabilidad, fatiga y volatilidad emocional. Estos síntomas pueden persistir durante 3 a 12 meses y en algunos casos se vuelven crónicos.

Los episodios repetidos de supresión pueden conducir a efectos similares a exacerbación, los cuales producen daños neurológicos y esfuerzos para controlar la reactivación, así como episodios de recidiva.

Alucinosis alcohólica (orgánica).

Este síndrome se origina ya sea durante la ingestión intensa de bebidas alcohólicas o durante la supresión y se caracteriza por una psicosis paranoide sin temblores, confusión y obnubilación del sensorio que se observa en los síndromes de supresión. El paciente parece normal con excepción de las alucinaciones auditivas, que

habitualmente son persecutorias y pueden provocar que se conduzca de manera agresiva y paranoide.

Síndromes encefálicos por alcoholismo crónico.

Estas encefalopatías se caracterizan por una conducta irregular creciente, problemas de memoria y recordación e inestabilidad emocional, que constituyen signos ordinarios de lesión encefálica orgánica por cualquier causa. Puede desarrollarse el síndrome de Wernicke–Korsakoff debido a deficiencia de tiamina, con una serie de episodios. La encefalopatía de Wernicke consiste en la tríada de confusión, ataxia y oftalmoplejía (clásica del VI nervio). Una de las probables secuelas es la psicosis de Korsakoff, caracterizada por amnesia tanto antero grada como retrógrada, confabulación temprana en el curso del trastorno.

Tratamiento.

El tratamiento del alcoholismo abarca tres aspectos: a) el de la intoxicación aguda, b) el de la adicción y . c) el de la psicopatología subyacente. Las mejores posibilidades terapéuticas requieren la identificación de casos incipientes.

a) Psicológico.

La consideración más importante para el médico consiste en la sospecha temprana del problema y adoptar una consideración sin prejuicios, aunque esto no signifique que sea una actitud pasiva. En la primera entrevista, deben confrontarse los problemas de negación, de preferencia con miembros importantes de la familia. Esto significa lidiar al principio con cualquier conducta planteada por el cónyuge u otras personas significativas. Esta conducta permite que el alcohólico evite enfrentar las consecuencias de su conducta.

Hay que destacar las cosas que deben de hacerse. Este procedimiento recalca el hecho de que el médico tiene interés, estableciendo una nota positiva y de esperanza al comienzo del tratamiento. El tiempo valioso no debe desperdiciarse tratando de encontrar la razón por la cual bebe el paciente; debe enfrentarse temprano al problema inmediato de cómo dejar de beber. El objetivo debe ser la abstinencia total, no la ingestión controlada de bebidas.

b) Social.

Debe lograrse que el paciente acuda a Alcohólicos Anónimos (AA) y el cónyuge a Al-Anon. El éxito suele ser proporcional al empleo de AA, asesoría religiosa y otros recursos. El paciente debe observarse con frecuencia durante periodos cortos, cobrándose los honorarios adecuados.

No debe subestimarse la importancia de la religión, en particular debido a que el alcohólico a menudo es una persona dependiente y necesita de un gran apoyo. De modo habitual, la ayuda temprana de algún asesor religioso proporciona un punto de apoyo para una conversión personal a la sobriedad.

Una de las consideraciones más importantes es el empleo del paciente, ya que su pérdida es una de las motivaciones más potentes para dejar de beber. La comunidad de los negocios se ha vuelto dolorosamente conciente del problema, con el resultado de que casi 70% de las 500 compañías de Fortune ofrecen programas a sus empleados para auxiliarlos con el problema del alcoholismo. Sobre este último caso, pueden ofrecerse recomendaciones específicas a los patrones: 1) Evitar la contratación de los pacientes en trabajos donde puedan quedar aislados, por ejemplo, comprador o ejecutivo de cuentas viajero. 2) Recurrir a la supervisión, pero no a la sobrevigilancia. 3) Mantener a un mínimo la competencia con otros. 4) Evitar posiciones que requieran decisiones rápidas en asuntos importantes (situaciones de alto estrés).

c) Médico.

La hospitalización suele no ser necesaria. A veces se utiliza para dramatizar alguna situación y forzar al paciente a enfrentar el problema del alcoholismo, pero por lo general debe usarse bajo indicaciones médicas.

Debido a las múltiples complicaciones médicas del alcoholismo, es imperativo practicar un examen físico completo con aquellas pruebas de laboratorio apropiadas, con especial atención al hígado y al sistema nervioso. Dos pruebas que pueden proporcionar indicios en cuanto a un problema de alcohol son la medición de las gamma glutamil transpeptidasas (los valores superiores a 30 U/l sugieren ingestión intensa de bebidas alcohólicas) y el volumen corpuscular medio (mayor de 95 fL en varones y mayor de 100 fL en mujeres). Si ambos se encuentran elevados, es probable que exista un problema de alcoholismo grave.

El uso de otros fármacos recreacionales con el alcohol desvía y niega el significado de estas pruebas. Las elevaciones del colesterol HDL, combinados con valores aumentados de gamma glutamil transpeptidasas también puede ayudar a identificar a los bebedores profusos.

El uso de sedantes como un reemplazo del alcohol no es conveniente. El resultado común es el uso concomitante de sedantes y alcohol, en consecuencia el empeoramiento del problema. El litio no es útil en el tratamiento del alcoholismo.

Durante muchos años se ha empleado disulfiram (250 a 500 mg/día por vía oral) como un fármaco aversivo para desalentar el uso del alcohol. El disulfiram inhibe la alcohol deshidrogenasa, provocando reacciones tóxicas cuando se consume. Los resultados han sido por lo general de eficacia limitada y dependen de la motivación del individuo para cumplir el régimen.

La naltrexona, un antagonista opioide, en dosis de 50 mg/día, ha sido útil para disminuir las tasas de recurrencias durante 3 a 6 meses después de suspenderse la ingestión del alcohol, disminuyendo en apariencia su efecto placentero: ha sido aprobada por la FDA para terapéutica de sostén. Los estudios indican que reduce el deseo vehemente de alcohol cuando se utiliza como parte de un amplio programa de tratamiento.

d) Conductual.

Se han empleado procedimientos de condicionamiento en ciertas situaciones en el tratamiento del alcoholismo, con mayor frecuencia como un tipo de aversión. Por ejemplo, el paciente recibe una bebida de whisky y luego una inyección de apomorfina y procede a vomitar. De este modo se construye una fuerte relación entre el vómito y la bebida. Aunque este tipo de tratamiento ha tenido éxito en algunos casos, muchas personas no sostienen la respuesta aversiva aprendida.

Nota aquí ya son cuatro y no tres como mencionabas

TABAQUISMO:

La herramienta más ampliamente usada ha sido el cuestionario Fagerstrom. Las preguntas fueron desarrolladas para medir el nivel individual de tolerancia a la nicotina, pero de manera global ha sido usado para cuantificar la dependencia.

Sugiero esto para el anexo

Las preguntas van dirigidos a conocer el consumo de cigarros por día, síntomas de abstinencia (tiempo que transcurre desde el despertar hasta el primer cigarro), además de la pérdida de control sobre el hábito tabáquico (fumar en situaciones inapropiadas, etc). Un puntaje de siete o más se considera como reflejo de un nivel alto de dependencia. El análisis detallado de las preguntas que se presentan al paciente, indica que sólo dos parámetros poseen un factor predictivo intrínseco para la evaluación del abandono del tabaquismo: (1) el número total de cigarros consumidos en un día, y (2) el tiempo que

transcurre entre el despertar y el consumo del primer cigarro. Otros factores con importancia en el pronóstico del tabaquismo incluyen la edad del individuo, la edad de iniciación del hábito después de los 20 años, una historia positiva de intentos previos de abandono, la ausencia de otros fumadores en el hogar, y menos frecuentemente el uso del alcohol.

Preguntas	Respuestas	Puntuación
¿Qué tanto tiempo después de levantarse fuma su primer cigarro?	En los primeros 30 minutos. Después de 30 minutos.	1 0
¿Encuentra difícil abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido?	Si. No.	1 0
¿Cuál cigarro le molestaría más tener que evitar?	El primero de la mañana. Cualquier otro.	1 0
¿Cuántos cigarros fuma al día?	15 o menos. De 16 a 25. 26 o más.	0 1 2
¿Fuma más frecuentemente dentro de la primera hora después de despertar que en el resto del día?	Si. No.	1 0
¿Fuma incluso si se siente tan enfermo como para pasar la mayor parte del día en cama?	Si. No.	1 0
¿Cuál es el nivel de nicotina de su cigarro usual?	0.9 mg. o menos. 1.0 a 1.2 mg. 1.3 mg. o más.	0 1 2
¿Suele inhalar el humo del cigarro?	Nunca. Ocasionalmente. Siempre.	0 1 2
El cuestionario tiene un rango de puntaje de 0 a 11 puntos. El puntaje promedio es generalmente de 5 a 7 puntos con una desviación estándar de 2.		

Preguntas	Respuestas	Puntuación
¿Qué tanto tiempo después de levantarse fuma su primer cigarro?	En los primeros 30 minutos. Después de 30 minutos.	1 0
¿Encuentra difícil abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido?	Si. No.	1 0
¿Cuál cigarro le molestaría más tener que evitar?	El primero de la mañana. Cualquier otro.	1 0
¿Cuántos cigarros fuma al día?	15 o menos. De 16 a 25. 26 o más.	0 1 2
¿Fuma más frecuentemente dentro de la primera hora después de despertar que en el resto del día?	Si. No.	1 0
¿Fuma incluso si se siente tan enfermo como para pasar la mayor parte del día en cama?	Si. No.	1 0

¿Cuál es el nivel de nicotina de su cigarro usual?	0.9 mg o menos.	0
	1.0 a 1.2 mg.	1
	1.3 mg o más.	2
¿Suele inhalar el humo del cigarro?	Nunca.	0
	Ocasionalmente.	1
	Siempre.	2
El cuestionario tiene un rango de puntaje de 0 a 11 puntos. El puntaje promedio es generalmente de 5 a 7 puntos con una desviación estándar de 2.		

Preguntas	Respuestas	Puntuación
¿Qué tanto tiempo después de levantarse fuma su primer cigarro?	En los primeros 30 minutos.	1
	Después de 30 minutos.	0
¿Encuentra difícil abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido?	Si.	1
	No.	0
¿Cuál cigarro le molestaría más tener que evitar?	El primero de la mañana.	1
	Cualquier otro.	0
¿Cuántos cigarros fuma al día?	15 o menos.	0
	De 16 a 25.	1
	26 o más.	2
¿Fuma más frecuentemente dentro de la primera hora después de despertar que en el resto del día?	Si.	1
	No.	0
¿Fuma incluso si se siente tan enfermo como para pasar la mayor parte del día en cama?	Si.	1
	No.	0
¿Cuál es el nivel de nicotina de su cigarro usual?	0.9 mg. o menos.	0
	1.0 a 1.2 mg.	1
	1.3 mg. o más.	2
¿Suele inhalar el humo del cigarro?	Nunca.	0
	Ocasionalmente.	1
	Siempre.	2
El cuestionario tiene un rango de puntaje de 0 a 11 puntos. El puntaje promedio es generalmente de 5 a 7 puntos con una desviación estándar de 2.		

También para anexo

El DSM-III-R y el DSM-IV han sido usados para evaluar el grado de dependencia a la nicotina en la población fumadora. De cualquier forma, el DSM-IV fue desarrollado para evaluar a otras drogas de abuso y algunas de las preguntas no son claramente relevantes en la evaluación del tabaquismo. Por ejemplo, el criterio uno incide sobre la evidencia de tolerancia. Empero, la pregunta indaga sobre la necesidad de dosis mayores de la droga para conseguir el mismo efecto. La mayoría de los fumadores consistentes responde que no a dicha pregunta. Todavía aquellos fumadores que consumen solo unos pocos cigarros al día, desarrollan tolerancia a los efectos nocivos de la nicotina, y la tolerancia a los efectos de un cigarro se desarrolla durante el acto de

fumar, con su respectiva pérdida durante la noche. Si la pregunta estuviera mejor ideada, todos los fumadores que la hacen cada día tendrían que responder que si, sin que hubiera relación con el grado de consumo. El criterio cinco indaga sobre el gran esfuerzo económico que representa obtener la

sustancia. Ello es solo parcial para los fumadores a quienes les resulta relativamente fácil y económico adquirir los cigarros. Una pregunta mas cuidadosa podría revelar la tendencia obsesiva del fumador a adquirir el producto, incluso si han de salir en la noche solo para asegurar que al despertar tendrán cigarros. De la misma manera, el criterio seis se refiere a las consecuencias adversas en los ámbitos social, ocupaciones y recreativo, lo cual es mucho menos que un problema para un fumador en comparación con personas adictas a otros tipos de drogas; de hecho, se ha hablado acerca de los efectos benéficos que el paciente percibe a diferentes niveles respecto a la adicción a la nicotina.

Algunos estudios han empleado los criterios diagnósticos del DSM para estimar la prevalencia de las dependencia a la nicotina en la población. Estos estudios, sin embargo, subestiman la prevalencia debido a los errores que conlleva el uso de dicho instrumento.

Finalmente, existen problemas particulares en el uso de los cuestionarios disponibles para la evaluación de la dependencia en niños y adolescentes. Por ejemplo, algunos de los criterios principales del cuestionario de Fagerstrom, como el número de cigarros fumados al día, y el tiempo que transcurre entre el despertar y el consumo del primer tabaco, casi siempre obtiene puntajes bajos cuando se están evaluando jóvenes. Ello debido a que los recursos de esta población son limitados en comparación con los de un adulto, generalmente tienen un acceso restringido a los cigarros y a los lugares donde pueden fumar, y no son a menudo tan libres como los adultos para fumar su primer cigarro inmediatamente después de despertar. Existen problemas similares con algunos de los criterios del DSM-IV. No obstante, muchos adolescentes tienen síntomas de abstinencia cuando no fuman, pero de manera más importante, tienen serias dificultades para abandonarlo cuando lo intentan. El desarrollo de criterios para la evaluación de la dependencia en los adolescentes es una prioridad de los sistemas de investigación.

La interrogación directa sobre el hábito de fumar puede ser suficiente para ponerlo de manifiesto, pero la severidad de la dependencia debe ser evaluada para determinar la intensidad del tratamiento requerido. Ferry realizó un estudio a través del cual el éxito del abandono del hábito sin intervención médica podía ser evaluado mediante la indagación a partir de las siguientes preguntas: (1) ¿Cuántos cigarros en promedio fuma usted al día?, (2) ¿Qué tan rápido después de despertar usted fuma su primer cigarro?. Las personas que fuman menos de 15 cigarros al día y esperan más de 30 minutos para fumar el primer cigarro, son más

capaces de dejar de fumar sin intervención médica y farmacológica.

Tratamiento. De que adicción o de todas las mencionadas

Abandonar el tabaquismo disminuye el riesgo de muerte y de infarto al miocardio en personas con enfermedad coronaria; reduce la incidencia de muerte e infarto agudo del miocardio en pacientes que se han sometido a revascularización percutánea de arteria coronaria; disminuye el riesgo de accidente vascular cerebral; baja la velocidad en la progresión de la aterosclerosis de carótidas; y se relaciona con la reversión de bronquitis crónica y mejoramiento de la función pulmonar. Las mujeres fumadoras que dejan el tabaco después de los 35 años agregan tres años más a su esperanza de vida, en tanto que los hombres más de dos años a la suya. Dejar de fumar también incrementa la esperanza de vida después de los 65 años de edad.

Se presenta a continuación un resumen de las acciones y estrategias para el médico de atención primaria para ayudar a los pacientes a discontinuar el tabaquismo.

Puedes resumir el procedimiento mediante una breve narración y colocar los detalles o incluso el instrumento como anexo

Etapa 1: Preguntar.

Identificar de manera sistemática a todos los fumadores en todas las visitas.

Acciones:

Implantar un sistema en todo el consultorio para asegurar que a todos los pacientes en cada visita se les pregunte y documente respecto del estado del tabaquismo.

Estrategias:

Ampliar los signos vitales para incluir el consumo de tabaco.

La información debe de obtenerla el equipo de atención a la salud.

La acción debe de implementarse con el uso de notas de evolución preimpresas, que incluyan la ampliación de los signos vitales, un sello de signos vitales o, en el caso de expedientes computarizados, un inciso para valorar el estado del tabaquismo.

Las opciones al sello de signos vitales consiste en colocar etiquetas autoadheribles acerca del estado del tabaquismo en todas las hojas frontales de los expedientes, o indicar el estado de fumador mediante sistemas computarizados de recordación.

Etapa 2: Advertir.

Estimular enfáticamente a todos los fumadores para que dejen de hacerlo.

Acciones:

Estimular a cada fumador de manera clara, enfática y personalizada para que deje de hacerlo.

Estrategias:

La advertencia debe de ser:

Clara: Considero que es importante para usted dejar de fumar ahora; yo le ayudaré. No bata dejar de hacerlo sólo mientras usted está enfermo

Enfática: Como su médico, necesito que sepa que dejar de fumar es lo más importante que puede hacer usted para proteger su salud actual y futura

Personalizada: Integrar el tabaquismo con la enfermedad o el padecimiento actual, con los costos social y económico del tabaquismo, o con ambos; con el grado de motivación o de presteza para dejar de fumar, y con el impacto del tabaquismo sobre los niños y otros habitantes del mismo domicilio.

Estimular al personal del consultorio o clínica para que refuerce el mensaje de interrupción y apoye el intento del paciente de dejar de fumar.

Etapa 3: Intentar.

Intentar a los fumadores deseosos de hacer un intento para dejar de serlo.

Acciones:

Preguntar a cada fumador si en ese momento se encuentra dispuesto a realizar un intento para dejar de serlo.

Estrategias:

Si el paciente está deseoso en ese momento de hacer un intento para interrumpir el tabaquismo, proporcionarle ayuda.

Si el paciente prefiere un tratamiento más intensivo, o si el médico considera que tal tratamiento es el apropiado, referir al paciente para intervenciones administradas por especialistas en interrupción del tabaquismo y realizar con este la vigilancia respecto a la interrupción.

Si el paciente establece con claridad que en ese momento no tiene deseos de hacer un intento de dejar de fumar, proporcionar una intervención motivacional.

Etapas 4: Ayudar.

Auxiliar al paciente para que deje de fumar.

Acciones:

Ayudar al paciente con un plan para interrumpir el tabaquismo.

Estrategias:

Establecer una fecha de interrupción, idealmente la fecha debe fijarse dentro de un lapso de dos semanas de acuerdo con la preferencia del paciente.

Ayudar al paciente a prepararse para la interrupción. El paciente debe:

Informar a sus familiares, amigos y colaboradores de su abandono del tabaquismo y solicitar su comprensión y apoyo.

Preparar el ambiente dejando sus cigarrillos. Antes de la interrupción, el paciente debe evitar fumar en los lugares en que pasa mucho tiempo.

Analizar sus intentos de interrupción previos. ¿Qué resultó de ayuda? ¿Qué condujo a la recaída?

Anticipar los retos del intento de interrupción planeado, en particular durante las primeras horas cruciales.

Acciones:

Estimular la terapéutica de reposición de nicotina, excepto bajo circunstancias especiales.

Estrategias:

Estimular el uso de la terapéutica del parche de nicotina o de la goma de mascar con nicotina para la interrupción del tabaquismo.

Acciones:

Brindar asesoría fundamental sobre la interrupción adecuada del tabaquismo.

Estrategias:

Abstinencia: Es fundamental la abstinencia total. Ni siquiera una simple bocanada después de la fecha de interrupción.

Alcohol: El consumo de alcohol está estrechamente relacionado con la recidiva. Quienes dejan de fumar deben analizar su consumo de alcohol y considerar limitarlo o evitarlo durante el proceso de interrupción.

Otros fumadores en el domicilio: La presencia de otros fumadores en el domicilio, en particular del cónyuge, conlleva tasas menores de éxito. Los pacientes deben considerar la interrupción de hábito con los individuos mas allegados a él o desarrollar planes específicos para conservar la abstinencia en el domicilio en tanto que otros todavía fuman, o ambos.

Acciones:

Proporcionar materiales complementarios.

Estrategias:

Fuentes: Agencias federales como el National Cancer Institute y la Agency for Health Care Policy and Research, agencias no lucrativas como la American Cancer Society, la American Lung Association, la American Heart Association, o los departamentos estatales y locales de salud.

Sección de Intereses: El material debe ser apropiado para el paciente desde el punto de vista cultural, racial, educacional y etario.

Localización: Fácilmente accesible en todos los consultorios y sitios de la clínica.

Etapas: Etapa 5: Arreglo.

Programar una vigilancia de contacto.

Acciones:

Programar la vigilancia ya sea personal o por vía telefónica.

Estrategias:

Oportunidad: El contacto de vigilancia debe acontecer pronto después de la fecha de interrupción, de preferencia durante la primera semana. Un segundo contacto de vigilancia se recomienda en el lapso del primer mes. Programar contactos subsecuentes según se indiquen.

Acciones durante la vigilancia: Felicitar el éxito. Si se presenta de nuevo el tabaquismo, repasar las circunstancias y obtener un nuevo compromiso de abstinencia total. Recordar al paciente que una recaída puede utilizarse como una experiencia de aprendizaje y no es signo de insuficiencia. Identificar los problemas ya enfrentados y anticipar los retos en el futuro inmediato. Valorar el uso y los problemas de la terapéutica de reposición de nicotina. Considerar la referencia a un programa más intenso o especializado.

La mayoría de los pacientes dejan de serlo sin tener que recurrir a la terapéutica de reposición de nicotina, sin embargo, los lineamientos clínicos para la prescripción de productos sustitutos de nicotina se exponen a continuación:

¿Quién recibirá la terapéutica de reposición de nicotina?

La investigación disponible demuestra que la terapéutica de reposición de nicotina incrementa por lo general las tasas de interrupción del tabaquismo. Por lo tanto, excepto en circunstancias especiales, el médico debe estimular el uso de la reposición de nicotina en los pacientes fumadores. Se dispone de poca investigación sobre el uso de la reposición de nicotina en los pacientes fumadores moderados (es decir, quienes fuman " 10 a 15 cigarros al día). Si ha de utilizarse la reposición de nicotina en esta clase de pacientes, debe considerarse una menor dosis de inicio del parche de nicotina o de la goma de mascar con nicotina.

¿Debe ajustarse la terapéutica de reposición de nicotina a cada fumador individualmente?

La investigación no apoya el ajuste de la terapéutica con parche de nicotina (excepto en los fumadores moderados de acuerdo a lo descrito antes). A los pacientes deben prescribíseles las dosis estándar recomendadas.

La investigación apoya el ajuste individual del tratamiento con la goma de mascar de nicotina. De manera específica, la investigación sugiere que debe utilizarse la goma de mascar de 4 mg en lugar de la de 2 mg en los pacientes muy dependientes de nicotina (quienes fuman más de 20 cigarros al día, quienes fuman de inmediato una vez que despiertan, y en quienes informan síntomas muy intensos por privación de nicotina).

¿Debe estimularse a los pacientes para que utilicen el parche o la goma de mascar con nicotina?

Si bien ambas terapéuticas farmacológicas son eficaces, la opinión del panel es que la terapéutica con parche de nicotina es preferible para su uso clínico estándar. Esta preferencia se basa en las comparaciones siguientes con la terapéutica con la goma de mascar con nicotina.

La terapéutica con el parche de nicotina se acompaña con menos problemas de cumplimiento por parte del paciente capaces de interferir con su uso eficaz.

La terapéutica con el parche de nicotina requiere menos tiempo y esfuerzo por parte del médico para entrenar a los pacientes acerca de su utilización eficaz.

El uso de la goma de mascar con nicotina puede apoyarse en los siguientes factores:

La preferencia del paciente.

Una falla previa con el parche de nicotina.

Contraindicaciones específicas para utilizar el parche de nicotina.

El antidepresivo de liberación prolongada, bupropión (150 a 300 mg/día), parece ser eficaz como agente para dejar el tabaquismo y se acompaña con un aumento mínimo de. Después de al menos algunas semanas de exposición a la nicotina, la dependencia física se desarrolla, y si ocurre una privación de más de unas pocas horas, aparecen síntomas de abstinencia que son generalmente opuestos a los efectos producidos inicialmente por la nicotina. Las adaptaciones celulares y neurológicas responsables de la producción de tolerancia, también operan en la aparición de la dependencia física. Los fumadores, en comparación con personas no fumadores, presentan un pulso mayor (5 a 7 latidos por minuto), catecolaminas circulantes en mayor concentración, peso corporal menor, y un incremento en los sitios receptores de nicotina. 22 Tal incremento en el número de receptores cerebrales conlleva un mayor riesgo de desarrollar enfermedades neuropsiquiátricas.

La curva de absorción de nicotina varía en función del sistema de liberación. La absorción es rápida para los cigarros, y los niveles disminuyen rápidamente porque aproximadamente la mitad de la

nicotina es redistribuida entre los diferentes compartimentos corporales en un plazo de 15 a 20 minutos posterior a la inhalación. La disminución de los niveles sanguíneos que ocurre posteriormente es gradual, con una vida media final de 2 horas, aunque varía mucho entre los individuos.

DROGADICCIÓN:

Tratamiento

La razón por la cual es difícil que soliciten ayuda los drogadictos es por desconocimiento de que se trata de una enfermedad. Para que un tratamiento tenga éxito lo fundamental es la voluntad y participación del paciente.

Para tratar efectivamente a estos pacientes es necesario un equipo que reúna a profesionales de distintas áreas (psicólogos, médicos, neurólogos, psiquiatras, etc.).

Este trastorno es crónico, razón por la cuál se habla de rehabilitación y no de cura; la indicación de un determinado tipo de tratamiento va a depender de:

La sustancia que se utilice.

La pauta de consumo.

Las características individuales del paciente.

El sistema de apoyo social con el que cuente.

Los objetivos básicos del tratamiento de todos los trastornos por abuso o dependencia de una sustancia se corresponden con:

La abstinencia total a las sustancias (suprimir el consumo).

obtener un bienestar físico, social y psicológico, en los tratamientos se intenta que el paciente pueda romper con esta autodestrucción, y se les enseña que pueden tener grupos de pares que no utilicen drogas,

tenemos a los grupos de autoayuda como Narcóticos Anónimos (N.A). Que generalmente no se ven como una forma de tratamiento, porque no intervienen médicos y los grupos son llevados por ellos mismos, pero son una forma de tratamiento. También se puede recurrir a las comunidades terapéuticas (conocidas también como "granjas", por las tareas que se realizan ahí dentro), en las que casi no se utiliza medicación. en éstas se trabaja fundamentalmente en grupo con los pacientes, buscando que se contengan, critiquen y vean que su problemática no es única, sino que otras personas que atraviesan por una historia similar.

Lo primordial en el tratamiento es la terapia de grupo; también es de gran importancia la terapia familiar.

La terapia de grupo permite además:

Descubrir nuevos modos más propicios de relacionarse y descubrir los recursos con los que cuenta para enfrentar su problemática, aumenta la autoestima y la auto eficacia, mejora la adaptación al medio.

estimula la esperanza, ver la realidad de una manera distinta, obtener apoyo de los compañeros del grupo,

permite sentirse acompañado a lo largo del tratamiento, brinda un sentimiento de seguridad, fomenta la capacidad de ayudar y ser ayudado, dentro de estas comunidades se enfatiza, en la etapa final del tratamiento

en la reinserción social y laboral de los pacientes,

Otra modalidad de tratamiento son las clínicas especializadas en drogadicción. En un primer momento se trata de ayudar al paciente en forma ambulatoria. Si esto no da resultado se interna al paciente para poder tratarlo,

El hospital de día es otra opción, en este el paciente debe concurrir a la clínica y permanece allí durante 6–8 horas aproximadamente y participar de las actividades que se le proponen (terapia de grupo, rehabilitación social y laboral, terapia ocupacional, etc.). Se reserva para los pacientes más leves, que mantienen un trabajo, buenas relaciones sociales, un vínculo sano con su familia. La duración del tratamiento es entre los 3 meses y un año. Es importante que la clínica cuente con un apoyo médico, psiquiátrico y psicológico.

En una primera instancia se debe desintoxicar al paciente, y luego someterlo a un programa de rehabilitación. La desintoxicación permite manejar el síndrome de abstinencia. Debe ser, por lo tanto, guiada y controlada por un médico o psiquiatra y efectuada en una clínica u hospital y no de forma ambulatoria. La abstinencia a las sustancias de consumo es la parte primordial para que la psicoterapia tenga efecto. Además permite conocer al paciente sin los efectos de la sustancia ingerida, inyectada o inhalada.

El segundo paso del tratamiento que es la parte de tratamiento psicológico y rehabilitación, que es muy importante. Mucha gente cree que con la desintoxicación basta y esto no es cierto.

Dentro del tratamiento es importante la psicoeducación de la familia y del paciente mismo. La misma consiste en brindar información acerca del trastorno: cuáles son las sustancias que se utilizan, que efectos tienen sobre la persona, que cambios internos y cambios observables se producen, cómo ayudar a la persona drogadependiente, por qué se utiliza un determinado tratamiento, etc.

En algunos casos es necesario el uso terapéutico de alguna sustancia, como la Metadona o el Disulfirán, para:

Desalentar al individuo en el consumo de una sustancia. Por ejemplo bloqueando, con la Naloxona, Naltrexona u otra sustancia, la acción de la heroína y haciendo que el heroinómano no sienta nada al inyectarse.

Reducir los síntomas del síndrome de abstinencia. Por ejemplo, la Metadona simula la acción en el cerebro de la heroína y tiene menos efectos secundarios.

Tratar los trastornos que se presentan conjuntamente con éste. Por ejemplo utilizar un antidepresivo para tratar una depresión subyacente.

Es de importancia el seguimiento del paciente durante 5 años aproximadamente. No se le da "el alta" al paciente, sino que éste deberá tener un seguimiento por parte del o los profesionales que lo hayan tratado, para evaluar su recuperación e intervenir ante eventuales recaídas. La inclusión de la familia en el tratamiento es primordial, por las características que ésta presenta.

Un apoyo adecuado por parte de los familiares y amigos es esencial para facilitar los complejos cambios conductuales necesarios para que un paciente abandone el abuso de sustancias.

Suele ser difícil que la persona acepte ir a visitar a un profesional de la salud por lo que está padeciendo. Por tal razón es importante que un familiar o amigo le haga saber que atraviesa este problema y que está preocupado, haciéndole notar el porqué (por ejemplo porque se ve que ha disminuido su rendimiento, ha cambiado su estado de ánimo, está más irritable, no tolera determinadas cosas que antes toleraba, se lo nota más aislado, etc.). Explicar que no se pierde nada yendo a visitar a un profesional de la salud, es de gran ayuda en ciertas ocasiones.

Prevención

Prevenir es anticiparse, adelantarse, actuar para evitar que ocurra algo que no queremos que pase, en este caso, que se consuman drogas. Pero, si ya se están tomando drogas, prevenir es intentar evitar que el problema vaya a más y, en caso de existir alguna situación de dependencia, ayudar a las personas a recibir tratamiento para superarla y a salir de ella. El propósito de toda la acción de prevención es sensibilizar acerca de los riesgos del consumo, enfrentar la presión social y acrecentar la responsabilidad respecto al problema.

La prevención es una labor de todos, no sólo de los expertos en drogas. Se compone de la suma de pequeñas aportaciones que cada uno podemos ofrecer desde el papel que desempeñamos y desde el lugar que ocupamos.

¿Hasta aquí terminan los aspectos dirigidos al paciente y comienzan hacia la familia?

Familia

Hay que tener en cuenta que la familia es la base de la sociedad y es la principal fuente de influencia que tienen los hijos, ya que desde su nacimiento el niño recibe en ella, satisfacción a sus necesidades primarias de alimentación, seguridad, cariño, etc. Pero así también es importante que los padres señalen las razones para que los hijos entiendan el porqué de esas normas y la necesidad de respetarlas, así mismo los hijos deben entender que las normas familiares y su aplicación son una expresión de atención y cuidado por ellos, en definitiva, son una expresión de afecto. Las normas que establece la familia y su refuerzo expresado en premios y castigos, es parte del control que los padres deben tener sobre la conducta de los hijos. Este control debe ser entendido en relación con una autoridad legítima de los padres es decir, basado en la cercanía una identificación de padres con hijos. Hablamos de un control efectivo basado en el respeto a los hijos y no en la fuerza, ni el miedo o el castigo indiscriminado, esto no implica una restricción innecesaria de la libertad de los hijos; al contrario, la autoridad de los padres actúa principalmente a través del estímulo y el reconocimiento a las conductas positivas, en una valoración de su persona y sus capacidades.

Es importante dirigir temas relacionados con las drogas y el alcohol y expresarlas en forma clara a los hijos, expresándoles también la posición que los padres tienen frente al tema, los padres no deben asumir que los hijos saben cuál es su posición

Además, en el caso que los padres escuchen algo que no les guste (quizás que un amigo fuma marihuana que su hijo le confiesa que bebió cerveza en una fiesta, etc.), es importante que no reaccionen de una manera que le impida la conversación a futuro y así los padres deben predicar con su conducta, es decir, los padres con un modelo de rol (de lo que quiera que sea su hijo), éste es el

mensaje antidrogas más fuerte que puede haber.

La familia es sin duda el modelo que los hijos tienen al momento de decidir a usar o no las drogas. Es por eso tan importante, el cariño, la atención, la comunicación, la estimulación, el involucrarse con los adolescentes, el demostrar afecto a los hijos; hará que ellos en el momento de decidir, consideren lo que piensan sus padres("¿qué pensarán mis padres?"). Por lo tanto una buena prevención partiría de la detención precoz del quebranto en la autoridad y control de la figura de los padres.

Establecimientos educativos Que uso tiene este icono

Al momento de hacer prevención y de anticiparse a la conducta de consumo, además de la familia las escuelas adquieren un rol preponderante, dada la cantidad de horas que niños y jóvenes permanecen en ésta. En éste sentido, el espacio escolar, y el docente en particular, pueden aportar mucho a niños y jóvenes, desarrollando y promoviendo fortalezas y habilidades personales y propiciando un ambiente que les facilite su integración y adaptación al mundo social.

La educación preventiva debiera ser permanente y continua dentro de un ambiente social y dinámico en el que confluyen la familia, la escuela y la comunidad. Es fundamental que todos los miembros del establecimiento educacional se comprometan en este proceso. Para ello, el programa de prevención debe estar enmarcado y regulado por el proyecto educativo del establecimiento, ya que muchos de los objetivos de la educación son coincidentes con los que persigue la prevención. También posibilita que, independiente de las personas que se incorpora la prevención forme parte de las finalidades educativas del establecimiento.

Para que un programa en el ámbito escolar sea efectivo y perdure en el tiempo, la primera condición es contar con el apoyo de las autoridades locales, para lo cual el municipio, la corporación o el departamento de educación deben estar sensibilizados e informados acerca de las políticas y planes nacionales de prevención y de proceso de la actual reforma educacional.

De las relaciones que se dan en los establecimientos educacionales la más importante es la que se da entre docentes y alumnos, ya que el docente cumple un rol de "educador" en todo su sentido, es decir, enseña conocimientos (materias como matemáticas, castellano, etc.) y valores. Es por eso que las relaciones entre docentes y alumnos deben ser cálidas y amistosas; los docentes deben tener sentido del humor, ser abiertos y espontáneos, tener una actitud entusiasta que motive y provoque interés, las relaciones debieran ser naturales con sus alumnos tanto en forma individual o en grupo, además los docentes deben tomar en cuenta las necesidades, deseos, opiniones de sus alumnos y valorar sus expresiones de esta manera los alumnos tenderán a ser sociables, independientes, activos, creativos, seguros de sí mismos, asertivos y con una mayor tendencia pro-social, y así promover la toma de decisiones conciente y libre, con un foco de referencia propia (3).

Todos tenemos algo que decir y algo que hacer y nadie puede hacerlo todo por sí solo:

Los profesores inculcando la importancia de la salud, orientando sobre la manera de mantenerla y mejorarla, priorizando los aspectos educativos sobre los conocimientos y fomentando un clima de relaciones y un ambiente que contribuya a la evolución y a la madurez de sus alumnos.

Los médicos y el personal sanitario promoviendo la mejora de la salud de la comunidad, informando objetivamente sobre los efectos y riesgos de las drogas y proporcionando tratamiento a los afectados por su consumo.

Los policías y los jueces actuando fundamentalmente sobre la oferta y la disponibilidad de drogas, persiguiendo a los narcotraficantes, etc.

Los legisladores promulgando leyes que limiten la venta de drogas legales a menores y que sancionen los comportamientos ilícitos de producción y venta de drogas.

Los trabajadores sociales apoyando y orientando ante situaciones de desestructuración social y marginación que generan mayor debilidad ante las drogas en algunas familias, barrios, ciertos colectivos, etc.

Los mediadores y las asociaciones juveniles favoreciendo alternativas de ocio y tiempo libre saludables para los jóvenes, facilitando la formación de nuevos grupos de amigos, etc.

Evitar el consumo de tabaco.

Proporcionar el consumo moderado de bebidas alcohólicas, evitando la embriaguez y las situaciones de riesgo que lo acompañan, si es posible evitarlo.

No usar medicamentos por prescripción médica.

Evitar el consumo de cualquier sustancia con el fin de encontrar placer, dado que producen daños físicos

psíquicos y sociales.

Buscar alternativas saludables, que traigan alegría a las personas y mejoría en sus condiciones de vida.

Hasta aquí revisada estructura

3 .ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA PASANTE DE ENFERMERÍA

Información a concurrentes y publica periódica Actividad

Escuelas área

Orientación preventiva infantil Actividad

Orientación preventiva para adolescentes Actividad

Organigrama instrumento administrativo

Nota: abórdalo por tipo de actividades o por áreas de trabajo

III. ACTIVIDADES REALIZADAS POR LA PASANTE DE ENFERMERÍA

Información a concurrentes y publica periódica:

Consiste en informar a toda persona que acude al Centro de Integración Juvenil, con problemas de fármaco dependencia; En la información periódica se proporciona orientación de manera continua a determinado grupo de personas que lo soliciten. Esta información puede ser proporcionada en la comunidad, centros de salud y empresas , se cubrió una cobertura de 203 personas con una duración de 90 minutos.

En la información a concurrentes se realizo dentro del Centro de Integración Juvenil, se orienta a todo tipo de personas; A barca a niños de 7 años hasta padres de familia, en grupo o individual con una cobertura de 98 personas con un tiempo de 90 minutos.

Escuelas:

En este caso solo se da una platica informativa a los alumnos de escuelas primarias a partir del cuarto grado, secundaria, preparatoria y Universidades, que consiste en dar una breve información de las actividades que se realizan en el Centro de Integración Juvenil. Además de informar como pueden enfrentar o solucionar el problema de la fármaco dependencia.

Se abarco una cobertura de 362 alumnos y padres de familia con una duración de 60 minutos mínimo y 90 minutos máximo.

Orientación Preventiva Infantil (OPI):

Consiste en proporcionar información a niños de cuarto a sexto grado de primaria con una continuidad de ocho a nueve secciones y un tiempo de 60 a 90 minutos cada una. Aquí se explica cada uno de los factores de riesgo y de protección con métodos sencillos para su comprensión, a través de la técnica de juego: como la telaraña, el rey pide, canasta revuelta, entre otros; Dibujos: de la familia, el medio que lo rodea y individuales y se abarcó una cobertura de 150 alumnos.

Orientación Preventiva para Adolescentes (OPA):

En este ultimo se proporciona orientación a alumnos de secundaria, preparatoria y universidades, con el mismo método empleado en los OPIS e igualdad en duración, con una cobertura de 140 alumnos en total.

Las actividades antes mencionadas eran registradas en el formato azul. También se realizaron actividades dentro de la institución (Intramuros), como la elaboración o preparación de material de apoyo (rotafolios, Laminas, etc); Entre otras se encuentran las actividades básicas de enfermería como es la toma de Signos vitales y somatometría, en muy pocas ocasiones la aplicación de inyecciones. Se colaboraba en el área administrativa; También se realizaron talleres educativos.

Para concluir se realizaban juntas de evaluación en donde el personas de base retroalimentaba a la pasantes de enfermería; Todas estas actividades eran registradas en el formato amarillo.

• FACTORES DE RIESGO

Este capítulo tiene como propósito identificar aquellos factores que representan un alto riesgo para el uso futuro de sustancias y así poder determinar los medios mas adecuados y efectivos para atacarlos mediante programas preventivos. De acuerdo a este enfoque, la prevención requiere de una aproximación que contemple los factores familiares, escolares y comunitarios que pudiesen relacionarse con el uso de sustancias, como el desarrollo de estrategias de ajuste individuales y sociales; de esta manera promover un adecuado desarrollo psicosocial

Para efectuar lo antes mencionado se requiere la aplicación de estrategias preventivas dirigidas a reducir o eliminar factores específicos de riesgo y crear condiciones que protejan y promuevan un mejor desempeño del individuo. Para que un determinado fenómeno pueda ser considerado factor de riesgo es preciso que su incidencia tenga lugar antes de que inicie el uso o abuso de drogas y que se asocie estadísticamente.

Sin embargo es difícil precisar que factores de riesgo o de combinación son mas peligrosos. Ahora abordare los factores psicosociales de riesgo identificados en las áreas individual ,escolar y sociales.

FACTORES INDIVIDUALES DE RIESGO:

La conducta antisocial temprana (entre los 5 y 7 años de edad) expresada en términos de agresividad constituye un predictor de uso frecuente de drogas así como de probables conductas delictivas durante la adolescencia en particular si ocurre en combinación con aislamiento, la agresividad y otros rasgos de conducta antisocial que persisten hasta la temprana adolescencia; así surgen problemas de abuso de alcohol y drogas.

La incidencia del síndrome infantil de hiperactividad y déficit de la atención incrementa el riesgo de abuso de sustancias en la adolescencia tardía; si los síntomas de ansiedad y depresión están asociadas con un mayor consumo de drogas los efectos parecen limitarse a la adolescencia temprana. Los adolescentes que creen ejercer un escaso control sobre su propia vida son mas vulnerables al abuso de drogas que aquellos que se sienten mas dueños de su propio destino.

Las actividades que favorecen la ingesta de bebidas alcohólicas incrementan el riesgo de incurrir en el abuso de drogas, así mismo la necesidad de experimentar emociones fuertes y sensaciones intensas la personalidad tiene un menor peso predictivo que aquellos que tienen que ver con la interacción familiar y social; el abuso de sustancias depende mas de afectos individuales tales como el estrés, la soledad, la frustración, enojo, etc.

La edad parece ser un predictor importante; cuando el inicio tiene lugar entre los 15 y 24 años de edad tiende a ser por influencias sociales e interpersonales; pero un inicio mas temprano o tardío responde a actitudes antisociales.

5. FACTORES DE PROTECCIÓN

Autoestima

Asertividad

Apego escolar

Control del estrés

Habilidades sociales

Me gustaria que aclararas si son mecanismos de defensa o factores que contribuen para adquirir una adicción o si son mecanismos de evasión.

- FACTORES DE PROTECCIÓN

Autoestima:

¿Qué es la autoestima?

Toda persona en su interior tiene sentimientos, que según su personalidad podrá manifestarlos de diferentes formas. Estas manifestaciones dependen de muchos factores, según el lugar físico, sentimental y emocional, estos pueden influir positiva o negativamente en la formación de la persona.

La autoestima es el valor que el sujeto otorga a la imagen que tiene de si mismo, esta puede ser una actitud positiva o negativa. Ser positivo es cuando el individuo se respeta sin considerarse mejor o peor que los otros, y sin creerse perfecto, es decir, cuando el sujeto reconoce sus capacidades y limitaciones esperando a mejorar, por otra parte la autoestima negativa implica insatisfacción y descontento consigo misma, incluso el individuo puede ser y sentir deprecio y rechazo de si mismo. Esto depende de muchos fracasos y éxitos.

Cuando una persona no logra ser autentica se le originan los mayores sufrimientos tales como, Enfermedades psicológicas, la depresión, neurosis. La autoestima es importante por que es la manera de percibirnos como así también moldea nuestras vidas.

Las causas por las cuales las personas llegan a desvalorizarse es por la comparación de los demás, se sienten incapaces de realizar actividades superiores y no comprende que todas las personas son diferentes, únicas e irreversibles por lo que se consideran menos que los demás. La persona va creciendo y forma su personalidad dentro del ambiente familiar que es el principal factor que influye en la formación de la misma.

La familia es el modelo que la sociedad nos presenta; Pero la personalidad de cada uno, no solo se forma a través de la familia, sino también, con los que esta cree que los demás piensan de ella y con lo que piensa de si mismo. La autoestima de más es aprender a respetarnos y querernos es algo que se construye por dentro.

En la violencia Intra familiar las victimas y victimarios posee baja autoestima; La victima es alguien a la que maltratan sin que esta pueda poner limites; Por otro lado los victimarios compensan lo inferior que se sienten, maltratando y abusando a un familiar.

Las heridas emocionales que tiene una persona, producida en su niñez pueden causar trastornos psicológicos, emocionales y físicos (Cáncer, Ulceras; Hipertensión, Trastornos Cardiacos y alimenticios, problemas en la piel, depresiones, etc.) produciendo dificultades en la persona de las mismas.

La comunicación y el intercambio de mensajes son permanentes entre los seres humanos; esto incluye no solo lo que hacemos sino que también el silencio, posturas, gestos, actitudes, expresiones, tono de voz que cambian

el sentido de lo que se dice y miradas significativas. Por eso una persona puede manejar la comunicación como un elemento de poder sobre todos, que le permite controlar la relación e influir sobre las personas para obtener las respuestas que desea.

La sociedad cumple una función muy importante para la persona, ya que a partir de la cultura de ésta, la familia adopta diferentes pautas o formas de vida que son transmitidos a sus miembros y determinan o ayudan a formar la personalidad de cada uno. Las personas que tienen poca confianza de su capacidad dentro de la sociedad, tiende a buscar roles sometidos y evitan las situaciones que requieren de asumir responsabilidades.

Los criterios mediante los cuales, las personas, se evalúan a sí misma son culturales. Algunos de estos criterios son: si soy gordo, flaco; lindo, feo; Blanco, negro; Rubio, moreno, así tienes la capacidad para luchar, honestidad, capacidad para soportar el dolor o para manipular a las demás personas entre otras.

Toda persona se ve así misma desde el punto de vista de los grupos en los que participa y todo aquello que piensa influirá positiva o negativamente en la personalidad o forma de pensar.

Los maestros pueden favorecer u obstaculizar el proceso por el cual uno puede encontrarse así mismo. Es por esto que el educador tiene muchas responsabilidades en este tema tan importante, que es necesario para que uno se encuentre así mismo; También es importante saber que la mente de cada niño está llena de imágenes y son de tres dimensiones la primera imagen es la que tiene de sí mismo, la segunda se vincula con la opinión que el niño tiene de sí mismo en relación con otras personas y el último se vincula con la imagen de sí mismo, tal como desearía que fuera.

Por todo lo antes mencionado es muy importante que la escuela del niño y adolescente ayude al mismo a descubrir y a aprender a ser las personas que siempre quisieron ser, respetándoles sus tiempos, sus conflictos y sus confusiones.

Alguien con buena autoestima no necesita competir, no se compara, no envidia, no se justifica por todo lo que hace, no actúa como si pidiera perdón por existir, no cree que está molestando o haciendo perder el tiempo a otros, se da cuenta de que los demás tienen sus propios problemas en lugar de echarse la culpa.

Medina-Mora, ME, Robles, F, Villatoro, J., Ruz, M. y Fleiz, C.: *Estudio de niños trabajadores en 100 ciudades. Sección de uso indebido de sustancias*. ISBN 970-9074-03-02 DIF, UNICEF, PNUFID. México, 1999.

George H. Gallup International Institute. *Teen-age attitudes and behavior concerning tobacco. Report of the findings*. Princeton, NJ, September 1992.

Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, M.I., Bermúdez, P., Castro, P., Blanco, J. (2001). *Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 2000. Reporte Global del Distrito Federal*. INP-SEP. México

Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, M.I., Bermúdez, P., Castro, P., Blanco, J. (2001). *Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 2000. Reporte Global del Distrito Federal*. INP-SEP. México

Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Villa, G., Jasso, A., Alcántar, M.I., Bermúdez, P., Castro, P., Blanco, J. (2001). *Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en Estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 2000. Reporte Global del Distrito Federal*. INP-SEP. México

Principales causas de mortalidad general. INEGI/SSA, 2000.

Principales causas de mortalidad en edad posproductiva. INEGI/SSA, 2000.

Principales causas de mortalidad general en mujeres. INEGI/SSA, 2000.

Principales causas de mortalidad general en hombres. INEGI/SSA, 2000.

Principales causas de mortalidad general. INEGI/SSA, 2000.

Henningfield JE, Clayton R, Pollin W. The involvement of tobacco in alcoholism and illicit drug use. *Br J Addict* 1990;85:279–292.

Henningfield JE, Cohen C, Slade JD. Is nicotine more addictive than cocaine? *Br J Addict* 1991;86:565–569.

United States Department of Health and Human Services (US DHHS), Public Health Service. *The health consequences of smoking: nicotine addiction: a report of the Surgeon General*. Washington, DC: US Government Printing Office, DHHS publication no. (CDC) 88–8406, 1988.

Henningfield JE, Keenan RM. Nicotine delivery kinetics and abuse liability. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:1–8.

Benowitz NL. Pharmacokinetics considerations in understanding nicotine dependence. In: *The biology of nicotine dependence 1990*. Ciba Foundation Symposium 152. Chichester: Wiley, 1990;186–209.

Henningfield JE, Stapleton JM, Benowitz NL, Grayson RF, London ED. Higher levels of nicotine in arterial than in venous blood after cigarette smoking. *Drug Alcohol Depend* 1993;33:23–29.

Benowitz NL, Jacob P, Denaro C, Jenkins R. Stable isotope studies of nicotine kinetics and bioavailability. *Clin Pharmacol Ther* 1991;49:270–277.

Domino EF, von Baumgarten AM. Tobacco cigarette smoking and patellar reflex depression. *Clin Pharmacol Ther* 1969;10:72–78.

Benwell MM, Balfour DJ, Anderson JM. Evidence that tobacco smoking increases the density of (–)-[3H] nicotine binding sites in human brain. *J Neurochem* 1988;50:1243–1247.

Srivastava ED, Russell MAH, Feyerabend C, Masterson JG, Rhodes J. Sensitivity and tolerance to nicotine in smokers and nonsmokers. *Psychopharmacology* 1991;105:63–68.

Benowitz NL, Jacob P, Denaro C, Jenkins R. Stable isotope studies of nicotine kinetics and bioavailability. *Clin Pharmacol Ther* 1991;49:270–277.

United States Department of Health and Human Services (US DHHS), Public Health Service. *The health consequences of smoking: nicotine addiction: a report of the Surgeon General*. Washington, DC: US Government Printing Office, DHHS publication no. (CDC) 88–8406, 1988.

Pomerleau OF, Pomerleau CS. Neuroregulators and the reinforcement of smoking: towards a biobehavioral explanation. *Neurosci Biobehav Rev* 1984;8:503–513.

London ED, Morgan MJ. Positron emission tomographic studies on the acute effects of psychoactive drugs on brain metabolism and mood. In: London ED, ed. *Imaging drug action in the brain*. Boca Raton, FL: CRC Press, 1993:265–280.

Jones RT. Tobacco dependence. In: Meltzer HY, ed. *Psychopharmacology: the third generation of progress*. New York: Raven Press, 1987.

Pomerleau OF, Pomerleau CS. Neuroregulators and the reinforcement of smoking: towards a biobehavioral explanation. *Neurosci Biobehav Rev* 1984;8:503–513.

Corrigall WA. Regulation of intravenous nicotine self-administration dopamine mechanisms. In: Adlkofer F, Thureau K, eds. *Effects of nicotine on biological systems. Advances in pharmacological sciences*. Boston: Berkhauser Verlag, 1991;423–432.

30 Henningfield JE, Goldberg SR. Nicotine as a reinforcer in human subjects and laboratory animals. *Pharmacol Biochem Behav* 1983;19:989–992.

31 Pomerleau OF. Nicotine and the central nervous system: Biobehavioral effects of cigarette smoking. *Am J Med* 1992;93(suppl 1A):2A–7S.

32 Hughes JR, Hatsukami DK. The nicotine withdrawal syndrome: a brief review and update. *Int J Smoking Cessation* 1992;1:21–26.

33 Pomerleau OF, Pomerleau CS. Neuroregulators and the reinforcement of smoking: towards a biobehavioral explanation. *Neurosci Biobehav Rev* 1984;8:503–513.

.

35 Sheiner LB. Clinical pharmacology and the choice between theory and empiricism. *Clin Pharmacol Ther* 1989;46:605–615.

34 Henningfield JE, Keenan RM. Nicotine delivery kinetics and abuse liability. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:1–8

35 Sheiner LB. Clinical pharmacology and the choice between theory and empiricism. *Clin Pharmacol Ther* 1989;46:605–615.

Thompson TI, Schuster CR. *Behavioral pharmacology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice–Hall, 1968

.

Mayfield, D. et al. *The CAGE questionnaire: Validation of new alcoholism screening instrument*. *Am. J. Psychiatry* 1974; 131: 1121.

Piccinelli, M. et al. *Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: A validity study*. *BMJ* 1997; 314: 420.

Mayfield, D. et al. *The CAGE questionnaire: Validation of new alcoholism screening instrument*. *Am. J. Psychiatry* 1974; 131: 1121.

Piccinelli, M. et al. *Efficacy of the alcohol use disorders identification test as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: A validity study*. *BMJ* 1997; 314: 420.

.

Becker, H.C. *Alcohol withdrawal: Neuroadaptation and sensitization*. *CNS Spectrums* 1999; 4:38.

Tournier, R.E. *Alcoholics Anonymous as Treatment and as Ideology*. J.Stud. Alcohol, 1979; 4: 230–9.

O'Malley, S.S. *Opioid antagonist in the treatment of alcohol dependence: Clinical efficacy and prevention of relapse*. Alcohol Alcohol 1996; 31: 77.

Benowitz NL, Jacob P, Denaro C, Jenkins R. Stable isotope studies of nicotine kinetics and bioavailability. *Clin Pharmacol Ther* 1991;49:270–277.