

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

Adicción a opiáceos: Prevalencia de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de opiáceos con síndrome de dependencia en el Hospital Naval de Guayaquil en el año 2015.

AUTOR:

Urquizo Rodríguez, Eric

Trabajo de Titulación previo a la Obtención del Título de:

MEDICO

TUTOR:

Dr. Vázquez, Diego

Guayaquil, Ecuador

2016



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Eric Ivan Urquizo Rodriguez**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Médico**.

TUTOR (A)

OPONENTE

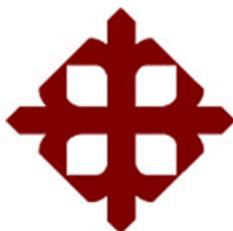
(Nombres, apellidos)

(Nombres, apellidos)

**DECANO(A)/
DIRECTOR(A) DE CARRERA**

**COORDINADOR(A) DE ÁREA
/DOCENTE DE LA CARRERA**

Guayaquil, a los 22 días del mes de abril del año 2016



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Eric Iván Urquizo Rodríguez**

DECLARO QUE:

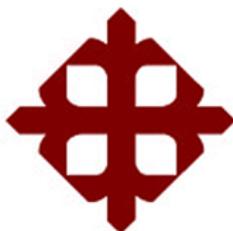
El Trabajo de Titulación **Adicción a opiáceos: prevalencia de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de opiáceos con síndrome de dependencia en el Hospital Naval de Guayaquil en el año 2015**, previo a la obtención del Título de **Médico**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 22 días del mes de abril del año 2016

AUTOR

Eric Iván Urquizo Rodríguez



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Eric Iván Urquizo Rodríguez**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Adicción a opiáceos: prevalencia de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de opiáceos con síndrome de dependencia en el Hospital Naval de Guayaquil en el año 2015**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 22 días del mes de abril del año 2016

AUTOR:

Eric Iván Urquizo Rodríguez

AGRADECIMIENTO

Llegar al punto de reconocer lo agradecido que estoy por poder simplificar en una hoja todo lo cumplido al culmen de mi carrera, es una mezcla de sentimientos que intentar organizarlos es injusto pero necesario.

Dios sobre todo, por abrir puertas, por mantenerme decidido, y en confianza siempre. Por darle a mi vida y haber conocido los mejores amigos, que te empujan cuando te quedas, los que no te dejan caer y siempre conmigo cuando los necesitas y cuando no. Robert Mora, Annie Saltos, Gabriel Chavez, gracias. Mi novia, la que está a mi derecha, en mis subidas y en las bajadas, siempre conmigo; mi equipo ideal. A mis padres que han trabajado duro y se han dedicado mucho para que llegue a este momento, les debo todo, y agradezco la mejor herencia que me siguen dando, eternamente agradecido a mis doctores favoritos Mariela e Iván. Los amo.

A la mejor institución en la que pude hacer mi internado rotativo mi queridísimo Hospital Naval de Guayaquil. Cuna de trabajo, dedicación y disciplina.

Y como no, a mi Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Casa de formación e instructora de cómo crear el camino. Donde conocí mis mejores amigos, donde encontré grandes maestros, de donde me lleve muchísimos conocimientos. Gracias.

DEDICATORIA

“A mis padres Mariela e Iván, que de infinita manera forman parte de este trabajo.

Esto es suyo, al igual que cada logro en el camino recorrido hasta ahora.”



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

OPONENTE



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

CALIFICACIÓN

PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

OPONENTE

Índice general

Índice tablas	XI
Índice de figuras	XII
Resumen	1
Introducción	3
Marco Teórico	4
El problema de la adicción a los opiáceos	4
El Opio.....	4
El opio como medicamento	4
Morfina	6
Prohibición	6
Heroína	6
El empleo de opiáceos para aliviar el dolor del cáncer	7
Opiáceos y opioides	9
Mecanismo de la abstinencia por los opioides	10
Los opioides de mayor consumo como drogas de abuso.....	11
Farmacología general	12
Descripción individual	13
Trastornos de personalidad en los adictos a opiáceos	15
Utilización de la metadona	16
Síndrome de abstinencia: principal obstáculo de la recuperación	18
Calidad de vida y recaídas en el consumo de Sustancias Psicoactivas.....	20

Hipótesis	21
Objetivos	22
General	22
Específicos	22
Materiales y Métodos.....	23
Resultados	26
Discusión	31
Conclusión	32
Bibliografía	33

Índice tablas

Tabla 1 Distribución de pacientes según Especialidad Naval	27
Tabla 2 Distribución de pacientes según trastorno mental	27
Tabla 3 Relación Tiempo de consumo-Especialidad Naval	28
Tabla 4 Relación Tiempo de consumo-Trastorno mental	30
Tabla 5 Relación Tiempo de Consumo-Terapéutica.....	30

Índice de figuras

Figura 1 Relación Trastorno Mental-Opiáceo	28
Figura 2 Relación Opiáceo-Especialidad Naval.....	28
Figura 3 Relación Trastorno Mental-Especialidad Militar	29

Resumen

Introducción: La principal intención del trabajo es informar que hoy la adicción a opiáceos como la morfina y la heroína, como drogas de abuso, o la dependencia a opioides, se han convertidos en enemigos cuyos riesgo-beneficio de que exista aún, son discutibles y de un alcance que la farmacología clínica antes no consideraba, pues algunos de ellos son solo productos de la ambición del hombre, quien es único responsable de vender las armas al enemigo en esta guerra sin sentido.

Objetivo general: Determinar la prevalencia de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de opiáceos con síndrome de dependencia en el Hospital Naval de Guayaquil en el año 2015.

Materiales y Métodos: La información fue obtenida directamente de los pacientes seleccionados por medio de diagnóstico psiquiátrico definitivo, durante el 2015 en el Hospital Naval de Guayaquil, mediante el empleo de una planilla de recolección de datos diseñada con tal fin. La recolección de datos fue mediante la revisión de las historias clínicas de todos los pacientes vistos en el 2015 en la que se llenaran: ESCALAS-TEST Psiquiátricas y los datos demográficos en la misma hoja. Dicha información fue incluida en una base de datos creada con Windows 7, en el software Microsoft Excel. La información fue procesada estadísticamente mediante el software SPSS, versión 20.0. Se emplearon medidas de resumen para variables cualitativas, como frecuencias absolutas y porcentajes; y medidas de resumen para variables cuantitativas, como el test de t de student. La información será presentada a través de tablas y gráficos.

Resultados: Se distribuyeron los pacientes según especialidad naval por su condición de militares activos, dando como resultado una mayor prevalencia de pacientes de SUPERFICIE con 26 casos de un total de 61 pacientes, de estos, el 39,34% de los pacientes presentaron como trastorno mental y de comportamiento un estado PARANOIDE principalmente con el antecedente de consumo de COCAINA. En relación con su tiempo de consumo, el 59% de los pacientes llevaban un tiempo de consumo de 1 AÑO. Existe una leve predilección por el opiáceo en consumo donde se evidencia que la especialidad naval INFANTE consume más HEROÍNA a diferencia de la especialidad naval SUPERFICIE con mayor consumo de COCAINA. Existe una prevalencia levemente mayor entre el trastorno mental y del comportamiento entre PARANOIDE de mayor presentación en INFANTES y el trastorno ANTISOCIAL en personal de SUPERFICIE. En pacientes entre 7 a 12 meses de consumo presenta como mayor trastorno el PARANOIDE. Se evidencia que la mayor terapéutica en uso corresponde a los Agonistas Opioides; mismo que tienen la mayor eficacia como terapia de reemplazo y de curación.

Conclusiones: En el año 2015 se atendieron en el Hospital Naval de Guayaquil un muy reducido número de casos con esta patología, se puede asegurar que se cuenta con militares sanos que responden bien a la terapia con opiáceos debido a que no presentan patologías mentales de fondo ya que al retirar el medicamento no presentan dependencia.

Recomendaciones: Los opiáceos son excelentes analgésicos y que usados prudentemente dan resultados óptimos, pero hay tener en cuenta el tiempo de uso, hacer un análisis psicológico y psiquiátrico de los pacientes a tratar para evitar síndrome de dependencia.

Palabras Clave: Opiáceo, Trastorno Mental, Síndrome de dependencia

Introducción

La heroína suele suscitar opiniones que contradicen toda evidencia, y “evidencias” que pueden amoldarse a cualquier opinión. Aunque el problema es acuciante, los hechos y argumentación con que se manejan son contradictorios. Incluso una breve zambullida en las aguas agitadas del debate le deja a uno sin aliento, y dispuesto a agarrarse de la tabla salvadora de cualquier opinión. Pero una vez subido a bordo de cualquier opinión, todas las personas son reticentes a abandonarla y a volver a nadar en otra dirección.

La intención es concientizar que las preocupaciones que suscita no son exageradas, y en consideración a los valores de este siglo es posible que se despenalice y legalice, provocándose grandes cambios económicos al erradicar las mafias internacionales. Además, será este el total abandono de la guerra contra las drogas.

La principal intención del trabajo es informar que hoy la adicción a opiáceos como la morfina y la heroína, como drogas de abuso, o la dependencia a opioides como dextropropoxifeno, fentanilo, metadona o hidrocodona, se han convertidos en enemigos cuyos riesgo-beneficio de que exista aún, son discutibles y de un alcance que la farmacología clínica antes no consideraba, pues algunos de ellos son solo

productos de la ambición del hombre, quien es único responsable de vender las armas al enemigo en esta guerra sin sentido.

La dependencia viene con facilidad, y con grandes padecimientos para los consumidores y para sus familias. No se aboga en absoluto por el consumo. Se cree incluso, que hubiera sido mejor que algunas no se hubieran descubierto.

Marco Teórico

El problema de la adicción a los opiáceos

El Opio

Durante siglos el opio (*Papaver somniferum*) fue en Oriente un medicamento y un producto de uso recreativo. Sus propiedades alimentaron su leyenda, y los escritores fantasearon sobre sus experiencias con la sustancia, lo que alimentaba un comercio de proporciones. (1)(2)

El uso farmacéutico del “jugo de amapola” es antiguo. Los árabes usaron opio en pastillas, las que a veces llevó impreso el sello Mash Allah: “Presente de Dios”. Los mercaderes árabes lo introdujeron en Occidente, centralizándolo en Macao y Cantón. Paracelso, un alquimista suizo, repopularizó el uso en Europa al caer en descrédito por la toxicidad. Le llamó Láudano. Su nombre griego es opion (jugo), ya que es el “jugo” de la amapola.(1)(2)

El opio como medicamento

El opio ha sido administrado de varias maneras. Polvos y tónicos con alcohol (láudanos) por vía oral. Pero si el opio viene a modo de piedra, se desmorona y fuma

en una pipa convencional. Los efectos del opio principian a 30 minutos de su ingestión, y solo 3 minutos después de ser fumado. Sus efectos duran 5 horas. En el cerebro los alcaloides ocupan unos receptores específicos –llamados endorfinas- que se producen naturalmente dentro del mismo.(1)(2)

En la Edad Media los boticarios sintetizaron alcoholatos e hidrolatos, destilando ciertas plantas al vapor de alcohol y agua. Sus ingredientes llevaban opio, y se usaron como analgésicos y en el insomnio, contra contracciones uterinas y los trastornos gástricos. En 1660, Sydenham ideó el láudano, haciendo este encendido elogio al opio: “Entre todos los medicamentos que Dios Todopoderoso le ha complacido dar al hombre para aliviar sus sufrimientos, ninguno es tan universal y eficaz como el opio”.(1)(2)

Pero el entusiasmo médico acabó al probar su toxicidad y capacidad de causar dependencia física. El conocimiento de los efectos indeseables y la falta de analgésicos potentes estimuló entonces la investigación por descubrir opiáceos sintéticos con las propiedades positivas del fármaco natural, pero sin sus efectos negativos.(1)(2)

El uso de opioides potentes puede justificarse para el dolor crónico no oncológico, cuando otras técnicas han sido ineficaces, monitorizando a los pacientes cuidadosamente. El uso de opioides potentes es algo controversial y no son recomendados como medicamentos de primera línea pues pueden crear dependencia. La dependencia psíquica (vicio) no es común cuando el opioide es administrado de forma juiciosa. Múltiples investigadores han demostrado que la prevalencia de abuso ocurre en un 18-41% de pacientes que reciben opioide para tratamiento de dolor crónico. (3)

Morfina

En 1806 se obtuvo un alcaloide del opio, el principium somniferum opii, por su virtud narcótica. Después se llamaría morphium, por Morfeo, dios del sueño. El proceso extractivo no varió. Tras secar el opio en bruto y reducirlo al polvo, se añade cloroformo, y se diluye el residuo en agua o en alcohol, y se precipita con amoníaco. La morfina se liberará así en forma de un polvo cristalino.(4)(5)

Así, para 1818, la morfina ingresó por las puertas de las farmacias, definiéndola como “el más notable medicamento descubierto por el hombre, de uso seguro, y virtud analgésica superior”. Veinte años después, Merck comenzó a fabricarla al por mayor, y su uso se propagó.(4)(5)

Prohibición

Estados Unidos toleró el consumo en época colonial y en el primer siglo de su independencia, pero la sustancia cayó en descrédito al relacionarla como un hábito de las grandes masas de obreros chinos de la vía férrea (que uniría este y oeste). Este rechazo condenaba el hábito por “socavar la tradicional forma de vida del país”. San Francisco prohibió los fumaderos en 1875, y en 1877 su importación. En 1890, EEUU propuso controlar el fármaco, e Inglaterra, como 50 años antes, se opuso. En 1906, el Congreso americano prohibió contratar mano de obra china, lo que causó el embargo de los bienes americanos en China. (1)(4)(6)

Heroína

En 1883 Heinrich Dreser (alemán) aisló un opiáceo nuevo con la acetilación de la morfina, la diacetilmorfina (heroína). A fines del siglo XIX, Bayer era una pequeña

fábrica de tintes en una provincia alemana. Gracias a que Dreser (empleado) aisló la diacetilmorfina, Bayer se convirtió en una industria próspera. La acción de la droga sobre las vías respiratorias era muy enérgica y se creyó que había vencido definitivamente la tuberculosis (por su capacidad antitusígena), por lo que le dio el nombre de heroína. Pronto se vio que su efecto anestésico no era mayor que el de la morfina si es que se usaba A dosis menores. La comercialización decía: "Al contrario de la morfina, la heroína provoca el aumento de la actividad; adormece todo sentimiento de temor, y en dosis mínimas, quita la tos". Al ver que los morfinómanos que se trataban con esta dejaban el vicio, por mucho tiempo, equivocadamente, se usaría como la cura para el hábito. Se la definía como "sin propiedades adictivas, de muy fácil uso y única cura de los morfinómanos".(6)(7)(8)(9)

El empleo de opiáceos para aliviar el dolor del cáncer

En la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS se incluyen la morfina, analgésico opiáceo. Aun así, en algunos países se prohíbe su empleo terapéutico y en otros su consumo es restringido. Ello se debe al temor de que su uso prolongado como analgésico en diferentes trastornos médicos cause adicción y a la posibilidad de que se canalice por conductos ilegales. (1)

Otro problema es que confunden la adicción (dependencia psicológica) con la dependencia física. Esta última es un estado fisiológico en el cual aparecen síntomas y signos de abstinencia cuando se discontinúa la administración del opiáceo o se administra un antagonista de este.(9)

La dependencia física se manifiesta en casi todos los casos en que ha habido administración continua de un opiáceo y no debe confundirse con adicción. Por otro

lado, la dependencia psicológica o adicción ha sido definida por la OMS como un estado psíquico y a veces físico, que resulta de la interacción entre un ser viviente y una droga, y se caracteriza por respuestas comportamentales que siempre incluyen la compulsión para conseguir la droga de forma con el propósito de experimentar sus efectos psíquicos.(9)

Pero varios estudios demuestran que la adicción ocurre muy raras veces cuando la morfina se utiliza solamente para aliviar el dolor; y que la desviación de la droga hacia mercados ilegales es muy baja en función del volumen mundial de transacciones que se realizan anualmente.

Para poner en ejecución un programa de alivio de dolor en el cáncer, la OMS recomienda que los gobiernos de los Estados Miembros establezcan las medidas específicas que se recomienda en cuanto a políticas gubernamentales, educación y disponibilidad de opiáceos.(2)(4)(10)

Se debe examinar los métodos de importación de opiáceos con el fin de hacerlos más ágiles y oportunos.

- Hacer que consten en la legislación nacional los beneficios de los opiáceos para la salud pública y establecer los métodos para garantizar su disponibilidad de forma permanente.
- Educar a los profesionales de la salud sobre los métodos recomendados para aliviar el dolor causado por el cáncer.

- Informar a los profesionales de la salud de los cuidados paliativos y alivio del dolor sobre los requisitos legales para prescribir y administrar opiáceos para el cáncer y en otros trastornos.

Opiáceos y opioides

Los opiáceos son alcaloides naturales derivados directamente de la *Papaver somniferum*; como la morfina y la codeína, es decir, son alcaloides presentes en el opio. Opioides son derivados semi-sintéticos como la heroína y la oxicodona, y aún drogas totalmente sintéticas como la metadona, el propoxifeno, el fentanilo, o el tramadol. El término opioide es más amplio, incluye a los tres grupos; los naturales (morfina, codeína), semisintéticos (heroína, oxicodona), y las drogas opioides totalmente sintéticas.(1)(2)

Estas sustancias tienen en común actuar sobre los receptores opioides. Muchas se usan en medicina por su potente efecto analgésico, pero también tienen un potencial muy peligroso de abuso por sus propiedades psicoactivas.(10)

El abuso y la dependencia de los derivados del opio (opiáceos) y de varios narcóticos sintéticos, legales e ilegales, son un problema diario y habitual en el Ecuador. El síndrome de abstinencia por opioides como motivos de consulta en las urgencias (y como causa de hospitalización) va en ascenso, principalmente por el consumo de heroína, pues esta es de muy fácil consecución, y tiene un relativo bajo precio.(11)

El síndrome de abstinencia son los signos y síntomas, orgánicos y psíquicos, que aparecen tras irrumpir el consumo de una sustancia psicoactiva a la que se es

dependiente. El opioide, sea natural o sintético, provoca dos clases de dependencia, la física y la psíquica (psicológica).(2)(10)(12)

- Dependencia física:

Es el estado de desadaptación del organismo que se traduce en la presencia de alteraciones físicas al suprimir la administración de una droga, o disminuir abruptamente su dosis.

- Dependencia psíquica:

Normalmente, hay un estado de bienestar motivado por el consumo de una droga. Esto es lo que induce al individuo a repetir su administración para evitar la aparición de los síntomas de dependencia psíquica, que es la falsa apreciación, meramente psicológica, de su incapacidad para desenvolverse sin el uso de la sustancia. La intensidad depende del tipo y de la cantidad de sustancia usada.(3)(12)

Mecanismo de la abstinencia por los opioides

La exposición crónica a toda sustancia genera modificaciones bioquímicas que se interpretan como adaptaciones celulares de respuesta al estímulo permanente de sus receptores opioides por parte de los agonistas de esas sustancias.(2)

En la dependencia a narcóticos la exposición continuada del sistema nervioso central, en áreas específicas como la ventral tegmental, inhibe neuronas gabaérgicas y aumenta la liberación de dopamina en el núcleo Accumbens, siendo el origen de la

dependencia psicológica. Mientras, es la estimulación del Locus Coeruleus la que estaría implicada en la aparición de los síntomas de la dependencia física.(4)

Las adaptaciones celulares por el estímulo crónico en los receptores opioides acaban finalmente desensibilizando los receptores (disminución de respuesta), con una regulación a la baja (que es la disminución del número de receptores), lo cual generará tolerancia a la sustancia. Igual, cuando los fenómenos ya se han dado, y desaparece parcial o totalmente el estímulo, surge un fenómeno de “búsqueda” de respuesta en esos receptores (y que no se da por la disminución previa de su número), lo cual se corresponde con el síndrome de abstinencia.(5)

Aún más, puede desencadenarse el síndrome de abstinencia de opioides cuando a un paciente con dependencia física se le suministra naloxona (o naltrexona), antagonistas opioides.(3)

Los opioides de mayor consumo como drogas de abuso

Al introducir este tema, se entiende de modo muy claro lo dicho por la práctica médica: “No existen enfermedades, sino pacientes”. Esto, porque aunque puede ser relativamente fácil el conocer los efectos de un fármaco, sus dosis ideales, los efectos adversos, es muy difícil prever de qué forma el consumo de esa droga en particular se entrelazará con la idiosincrasia de una persona para generar un hábito, la dependencia psicológica y física, para intentar un programa de desintoxicación, al aceptar que por esa droga de abuso se experimentará un consumo compulsivo y autodestructivo de la sustancia.

En la actualidad, la mayoría de los individuos adictos a los opioides consumen heroína, la cual está relacionada con un efecto narcótico pronunciado, y es considerada

actualmente como la droga más adictiva. Sin embargo, hay otros analgésicos opiáceos que tienen igual capacidad de convertirse en drogas de abuso; y se pueden clasificar según su poder analgésico:(1)(2)

1. Analgésicos poco potentes: codeína.

2. Analgésicos de potencia moderada: dextropropoxifeno, hidrocodona, meperidina, pentazocina, tramadol.

3. Analgésicos potentes: fentanilo, morfina, metadona y oxicodona.

-También son clasificados como agonistas puros (los más usados en el manejo del dolor): fentanilo, morfina, oxicodona, metadona, dextropropoxifeno, meperidina, hidrocodona, tramadol.

-Agonistas parciales: buprenorfina y pentazocina

-Antagonistas (Se une a todos los receptores opiáceos, con más afinidad por los μ , de tal modo que revierte todos los efectos. Se usan para tratar sobredosis y otros efectos adversos graves):

naloxona, naltrexona. El prurito es el efecto adverso que alcanza incidencias de hasta el 100% cualquiera sea la vía de administración.

Farmacología general

Los narcóticos actúan, principalmente, en el SNC y gastrointestinal. La analgesia, su efecto clásico y más estudiado, inhibe el dolor y los componentes emocional y afectivo, estimulando los receptores μ ubicados en las vías del dolor.(1)(2)

Esta acción supraespinal se asocia también a sedación, somnolencia, vértigo y euforia. Además la disminución de la sensibilidad de la frecuencia respiratoria. Activan el centro del vómito. Por acción central producen rigidez muscular del abdomen y tórax. En el sistema gastrointestinal, por acción central y periférica, disminuyen el vaciamiento gástrico y la peristaltis, la secreción gástrica y pancreática y el agua en las deposiciones, condicionando la constipación. También aumentan la contractilidad del uréter y el esfínter vesical, produciendo retención urinaria. En el útero disminuyen la contractilidad y atraviesan la placenta.(1)(2)(6)

Descripción individual

Morfina: es el narcótico de referencia estándar. Se encuentra de forma natural en el opio. Se administra vía oral, intramuscular, intravenosa y subcutánea. Su metabolito activo, la morfina-6-glucurónido, contribuye a su acción analgésica, pero se puede acumular en los pacientes con insuficiencia renal. Desarrolla tolerancia y dependencia física. Por vía intratecal (peridural o subaracnoidea) produce analgesia intensa y prolongada.(2)(3)(4)

Codeína (o metilmorfina): un alcaloide que se encuentra de forma natural en el opio (opiáceo) Considerado un narcótico débil, no es eficaz en el tratamiento del dolor moderado, ni de gran intensidad. Aunque podría desarrollar tolerancia, esto requeriría aumentar a grandes dosis o la frecuencia de su administración. Su acción principal es que es un excelente antitusígeno.(2)(3)(4)

La codeína es un compuesto que es asimilado en el hígado, metabolizándose a morfina, pero debido a la baja velocidad de la transformación, es mucho menos efectiva y menos potente como analgésico y sedante que la morfina, y que los demás opioides. Se toma en comprimidos o como jarabe para la tos. La codeína no tiene los

riesgos de los demás opioides para provocar cierta dependencia, y para tener efectos adversos como las náuseas, mareos, somnolencia, vértigo, retención urinaria e hipotensión.(2)(3)(4)

Metadona: levemente más potente que la morfina, produce igual dependencia, pero menos sedación. Tiene muy buena absorción por vía oral. Su eliminación es prolongada, por lo que es el narcótico con más larga duración de acción, aunque existe riesgo de acumulación. Por estas características (acción prolongada y larga vida útil) es que este agonista opiáceo sintético se ha usado por los últimos 50 años como el sustituto ideal para los tratamientos de desintoxicación de la heroína.(2)(3) (9)(13)

Durante los primeros dos a tres días, las tabletas de metadona se administran cada 4 a 6 horas, pero luego cada 8 a 12, o incluso cada 24 horas. Por otra parte, la indicación por largo tiempo en el dolor no oncológico debía ser restringida.(3)(5)

Propoxifeno: tal como la metadona, es un agonista opiáceo sintético. Estructuralmente, es el narcótico más similar a la metadona. Su analgesia se debe al d-isómero, el dextropropoxifeno. En comparación con la codeína, su actividad analgésica es el doble, pero una dosis analgésica de propoxifeno de 150 mg IM (cuya presentación normal es de 75 mg), sería demasiado tóxica para administrarla. Por tanto, sus dosis altas están limitadas por los efectos secundarios, y por inducir una psicosis tóxica. Entonces, las sobredosis de propoxifeno pueden ser más difíciles de revertir que las sobredosis de opiáceos tradicionales. Por vía oral, el propoxifeno se presenta en comprimidos de 65 mg. El propoxifeno se presenta como clorhidrato o napsilato: 100 mg de napsilato (ampollas de 75 mg de dextropropoxifeno) son equivalentes a 65 mg de clorhidrato (cápsulas).(3)

Oxicodona: es un analgésico opioide potente y potencialmente muy adictivo. Es un agonista puro (para los receptores kappa) y semisintético, porque se sintetiza a partir de la tebaína, un alcaloide que sí se encuentra en el opio. El nombre deriva de la ciudad egipcia de Tebas, que en la antigüedad tenía un gran comercio de opio.(3)

Tiene buena absorción oral, alcanzando una biodisponibilidad superior a la de la morfina, en torno a 60 a 85%. Es más, puede tener una acción agonista junto a la de la morfina, ya que ésta ocuparía los receptores μ , mientras la oxicodona ocupa los receptores kappa. Se metaboliza en el hígado por el sistema enzimático citocromo P450.(3)

La tolerancia y dependencia aparecen tras unos tres meses de tratamiento, requiriéndose dosis cada vez mayores para obtener la misma analgesia. Su perfil de abuso es similar al de otros agonistas opioides potentes, llegando al abuso por personas con alteraciones manifiestas de adicción.(3)

Trastornos de personalidad en los adictos a opiáceos

Es bien conocido que buena parte de los sujetos que presentan adicción a drogas, cumplen criterios de uno o varios trastornos de personalidad así como otros trastornos psiquiátricos.

Se entiende que una personalidad patológica tiene como características la rigidez, la cronicidad y la desadaptación, los afectados de un trastorno psiquiátrico, como puede ser un trastorno de la personalidad (TP), además de un trastorno adictivo, presentan una idiosincrasia que debe ser comprendida por el clínico que trabaja en el campo de las adicciones.(2)(12)(14)

A su vez, debe ser mayor la sofisticación terapéutica requerida para su adecuado, tratamiento. Por ejemplo, el papel que juega el consumo de drogas en alguien con diagnóstico de trastorno antisocial, es bien distinto a la funcionalidad del consumo en un sujeto con trastorno de personalidad por dependencia o, y a la de un sujeto que desarrolle un problema de adicción por otras circunstancias y, por tanto, el enfoque de tratamiento también debe adecuarse a cada caso.

La importancia de realizar diagnósticos adecuados resulta básica para poder ofrecer una adecuada asistencia. Esta correcta evaluación se puede ver dificultada por un prematuro diagnóstico errado. Puede incluso que no se llegue a tal diagnóstico, pero en ocasiones puede observarse una serie de problemas previos a la adicción donde el consumo de drogas es una opción probable. Dichos problemas pueden tener sus orígenes en unos patrones rígidos y poco adaptativos, propios de un trastorno de personalidad.

Utilización de la metadona

La dependencia a los opiáceos es reconocida como trastorno serio, desadaptativo y crónico.

Actualmente, los objetivos específicos del tratamiento con metadona varían en tratamientos cortos (desintoxicaciones menores de un mes) o desintoxicaciones prolongadas (6-12 meses).

Referente a las dosis, se pueden usar altas para ejercer el llamado efecto de bloqueo, mientras en otros casos se utilizan pequeñas dosis para conseguir una mejora sintomática por periodos cortos de tiempo, y al estar en observación se les puede

administrar una dosis complementaria en el momento en que aparezcan los síntomas de abstinencia.

Hoy conocemos que la dosificación óptima debe eliminar el “craving” (ansia de opiáceos), pero sigue cuestionándose el uso de dosis bajas. Dole propuso como dosis óptima diaria la que de concentraciones plasmáticas de 150-600 ng/ml, y se obtiene con 60-80 mg/día vía oral.

Concentraciones plasmáticas menores favorecen la sintomatología de la abstinencia, lo cual incrementa el riesgo de nuevos consumos.

La metadona es el medicamento que actuó como sustituto de la morfina. En Estados Unidos ayudó al tratamiento de los síntomas de la abstinencia a la heroína. Aunque estas tres drogas son opioides, y todas actúan en el cerebro sobre centros del dolor, sobre el estado de ánimo y otras emociones, la metadona posee unas cualidades especiales. Y es que funciona de varias maneras: la dosis de mantenimiento correcta no hace sentir drogado al paciente como otros opioides, por lo que se puede vivir con ella una vida casi normal. Sus efectos hasta 24 horas más tarde, eliminan el ansia o deseo de consumir heroína. Al tomarla por vía oral se evita el uso de hipodérmicas y los riesgos de contraer enfermedades como VIH y hepatitis. Además, ayuda a vivir una vida más saludable y libre de drogas ilícitas.

Desde hace 55 años, los estudios científicos han probado que el uso de la droga es tan seguro como otro fármaco de prescripción. Tomada bajo supervisión no afecta al organismo ni cambia la capacidad de pensar con claridad. Aunque, como cualquier medicamento, puede causar reacciones como estreñimiento y sudoración excesiva cuando se inicia el tratamiento (y aun a largo plazo).

Se considera, por tanto, que la metadona es un fármaco que emularía, salvando las distancias, a la insulina en los diabéticos, y permite “compensar” un cuadro de irritabilidad neuromuscular que, de no ser tratado de ese modo, dificulta al paciente el desarrollo de una vida normal.

En los centros de atención colombianos se suelen concentrar los programas en dos ejes: los de atención libre de droga (PLD), que son los programas de desintoxicación clásica, y los de dispensación farmacológica con metadona (o terapia de sustitución con opioides).

Usar metadona con fines de desintoxicación no debe plantear problema de implementación, incluso en los centros penitenciarios, debiendo atenderse los dependientes, exclusivamente de opiáceos (morfina, heroína, principalmente).

Síndrome de abstinencia: principal obstáculo de la recuperación

Hay que tener en cuenta que los tratamientos de mantenimiento con sustitutos no dejarán de ser problemáticos. Por una parte, no se hace sino sustituir un estupefaciente por otro legal, y desprovisto de los riesgos del mercado negro, la adulteración y su contaminación.(10)(15)(16)

Es decir, el médico, en estos casos, a falta de mejor solución, mantiene una dependencia con el menor riesgo. No es de extrañar que los tratamientos con metadona, en otros países, fueran con frecuencia incontrolables y hayan terminado por añadir un opiáceo más al mercado negro.(7)

El síndrome de abstinencia, “el mono” del argot callejero, se da en todos los dependientes a la heroína u otros opiáceos. Una interrupción abrupta, sin tratamiento, puede causar problemas físicos severos.

El 100% de los adictos responsabilizan al “mono” como principal obstáculo para su recuperación. Los riesgos de los síntomas de abstinencia no se limitan a la severidad de las perturbaciones físicas, sino a que el tratamiento se lleve a cabo de forma ambulatoria. Estos pacientes corren riesgo de automedicarse para paliar sus síntomas, y la interacción de estos con las medicinas prescritas por el médico pueden causar sobredosis y daños cerebrales.

Los síntomas de la abstinencia de la heroína surgen a 6 horas del último consumo, y agudizan entre 36 y 72 horas después; manteniéndose por siete a diez días. Sin embargo, en el caso de dejar la heroína y consumir el sustituto, los síntomas de abstinencia desaparecen por completo unos 40 minutos después de su ingesta.(15)

La adicción a la heroína es un problema de salud grave que no siempre recibe tratamiento, con las consecuencias en la salud de los adictos, en el sufrimiento del entorno familiar y social, los riesgos en los ambientes educativos y juveniles, la violencia asociada, y los costes en cuanto a la salud pública por las enfermedades relacionadas con la adicción.

En muchos casos, la ausencia de tratamientos de desintoxicación contra la heroína y opiáceos se debe a concepciones erróneas sobre lo que es la adicción. Aún para mucha gente la adicción a la heroína es un asunto de decisión personal; es decir, el adicto lo es porque quiere consumir mucha droga, y lo es por una cuestión de falta de carácter y de fuerza de voluntad. Y tras estas concepciones está la creencia de que abandonar la adicción está enteramente en sus manos, en la voluntad del adicto.

Pero la realidad es que la adicción va más allá de la decisión y la voluntad. Científicamente, hoy es aceptado que es una enfermedad que escapa del control del

adicto. Porque con el consumo elevado y prolongado, en el cerebro se dan demasiados cambios bioquímicos que alteran los pensamientos y los sentimientos del consumidor, y producen, entre otros efectos, ese deseo compulsivo e incontrolable de consumir.

Calidad de vida y recaídas en el consumo de Sustancias Psicoactivas

Con el objeto de determinar los niveles de calidad de vida y las características de las recaídas en sujetos consumidores de heroína, utilizando un tipo de diseño descriptivo – comparativo; se estudió una muestra de 67 adictos. Se usó como instrumento la escala de calidad de vida de Olson y Howard y el cuestionario de recaídas para adictos de Marlat.(17)

Se determinó que la calidad de vida de los adictos está muy por debajo de lo hallado en las poblaciones normales, es mejor en los hombres que en las mujeres, y se deteriora conforme avanza la edad y el tiempo de consumo.(17)

Las principales razones para volver a consumir son los determinantes intrapersonales: sentirse molesto, triste y el no poder resistir los deseos de consumo, así como sus estados emocionales negativos y los determinantes interpersonales, tales como: el conflicto interpersonal y el no poder resistirse a las invitaciones de consumo.(17)

En suma, se observa que la cantidad de recaídas afecta negativamente la calidad de vida. La importancia de los datos permite definir programas de rehabilitación para adictos.(17)

La calidad de vida está asociada a un gran abanico de nociones cargadas de connotaciones positivas para cada persona que piensa en ella: vivir bien, estar bien,

tener buen nivel de vida, tener bienestar, estar satisfecho, ser feliz, e incluso hay quien lo asocia con una vida más o menos lujosa, confortable, adinerada.(17)

CIMA (1979) define la calidad de vida como el grado en el cual las condiciones de una sociedad permiten a sus miembros realizarse de acuerdo con los valores ideológicos establecidos, dándoles una experiencia subjetiva satisfactoria de su existencia.(17)

Hipótesis

El consumo de opiáceos aumenta la prevalencia de trastornos mentales en militares de servicio activo.

Objetivos

General

- Identificar la prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de opiáceos como síndrome de dependencia en pacientes en servicio activo en el Hospital Naval en el año 2015.

Específicos

- Determinar las características de los opiáceos típicos de consumo en el hospital naval de Guayaquil.
- Determinar la variabilidad de opiáceos consumidos por pacientes con trastornos mentales y de conducta.
- Identificar los trastornos mentales y de comportamiento por consumo de opiáceos con síndrome de dependencia.
- Evaluar la terapéutica aplicada y su efectividad en pacientes con trastornos mentales y del comportamiento por consumo de opiáceos con síndrome de dependencia.

Materiales y Métodos

Clasificación del estudio

Estudio transversal, observacional, retrospectivo

Universo: Pacientes que acuden a consulta externa de psiquiatría con trastornos mentales y de comportamiento por consumo de opiáceos en Hospital Naval de Guayaquil.

Criterios de inclusión:

- Pacientes que consumen opiáceos con síndrome de dependencia,
- Pacientes militares activos.
- Pacientes que hayan sido atendidos en año 2015 en Hospital Naval Guayaquil.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no acepten formar parte de la investigación.
- Pacientes sin test diagnósticos de laboratorio de consumo de opiáceos.
- Pacientes Sin test diagnósticos psiquiátricos de trastornos mentales y de comportamiento por consumo de opiáceos.

Muestra: Pacientes que cumplieron los criterios de selección definidos. 61

Variables:

DEPENDIENTE

Trastornos mentales y de comportamiento debido a consumo de opiáceos.

INDEPENDIENTES

Variable	Definición	Dimensión De acuerdo a:	Tipo de variable
Tipos de opiáceos	Sustancia que se usa para tratar el dolor o causar sueño.	Heroína, Morfina, codeína, metadona, opiodes	<u>CUALITATIVA</u>
Tipos de trastornos mentales y del comportamiento.	Síndrome o a un patrón de carácter psicológico sujeto a interpretación clínica	antisocial, esquizoide, esquizotipo, paranoide, obsesivo compulsivo	<u>CUALITATIVA</u>
Tipos de Terapéutica usada en pacientes que consumen opiáceos con síndrome de dependencia	Forma de desintoxicación o desuso de sustancia con manejo de sintomatología	Benzodiazepinas, clonidina, AINES, Antiespasmódicos, Agonistas opiodes	<u>CUALITATIVA</u>
Tiempo de consumo de opiáceo	Periodo cronológico de consumo de sustancia	Semanas, meses, años	<u>CUANTITATIVA</u>

VARIABLES DEMOGRAFICAS

Variable	Definición	Dimensión	Tipo de variable
EDAD	Periodo cronología en años	AÑOS	CUANTITATIVA
SEXO	Característica sexual	MASCULINO O FEMENINO	CUALITATIVA NOMINAL
OPIACEO ILEGALES	Drogas con prohibición en consumo o distribución	HEROÍNA, COCAINA.	CUALITATIVA NOMINAL
ESPECIALIDAD MILITAR NAVAL	Tipo de Tripulante u oficial dentro de la armada	INFANTERIA, SUPERFICIE, AVIACION	CUALITATIVA NOMINAL

Plan de análisis

variable a analizar	tipo de análisis	menú de Epi-Info
Opiáceos	cualitativa	frecuencias
Edad	cuantitativa	means
Sexo	cualitativa	frecuencias
trastornos mentales y de comportamiento	cualitativa	frecuencias

trastornos mentales y de comportamiento con opiáceos	cuali-cuali	Tables
trastornos mentales y de comportamiento debido a consumo de opiáceos con especialidad militar	cuali-cuali	Tables

La información fue obtenida directamente de los pacientes seleccionados por medio de diagnóstico psiquiátrico definitivo, durante el 2015 en el Hospital Naval de Guayaquil, mediante el empleo de una planilla de recolección de datos diseñada con tal fin. La recolección de datos fue mediante la revisión de las historias clínicas de todos los pacientes vistos en el 2015 en la que se llenó: ESCALAS-TEST Psiquiátricas y los datos demográficos en la misma hoja. Dicha información fue incluida en una base de datos creada con Windows 7, en el software Microsoft Excel. La información fue procesada estadísticamente mediante el software SPSS, versión 20.0. Se emplearon medidas de resumen para variables cualitativas, como frecuencias absolutas y porcentajes; y medidas de resumen para variables cuantitativas, como el test de t de student. La información será presentada a través de tablas y gráficos.

Resultados

Se distribuyó los pacientes según especialidad naval por su condición de militares activos, dando como resultado una mayor prevalencia de pacientes de SUPERFICIE con 26 casos de un total de 61 pacientes, de estos, el 39,34% pacientes presentaron como trastorno mental y de comportamiento un estado PARANOIDE principalmente con el antecedente de consumo de COCAINA. En relación con su tiempo de consumo, el 59% de los pacientes llevaban un tiempo de consumo de 1AÑO. Existe una leve predilección por el opiáceo en consumo donde se evidencia que la especialidad naval INFANTE consume más HEROÍNA a diferencia de la especialidad naval SUPERFICIE con mayor consumo de COCAINA. Existe una prevalencia levemente mayor entre el trastorno mental y del comportamiento entre PARANOIDE de mayor presentación en INFANTES y el trastorno ANTISOCIAL en personal de SUPERFICIE. En pacientes entre 7 a 12 meses de consumo presenta como mayor trastorno el PARANOIDE. Se evidencia que la mayor terapéutica en uso corresponde a los Agonistas Opioides; mismo que tienen la mayor eficacia como terapia de remplazo y de curación.

Tabla 1 Distribución de pacientes según Especialidad Naval

ESPECIALIDAD NAVAL	TOTAL
INFANTE	25
SUPERFICIE	26
AVIACION	10
TOTAL	61

Tabla 2 Distribución de pacientes según trastorno mental

TRANSTORNO MENTAL	TOTAL	TOTAL %
ANTISOCIAL	19	31,34%
ESQUIZOIDE	9	14,75%
PARANOIDE	24	39,34%
OB. COMPULSIVO	9	14,75%
TOTAL	61	100%

Figura 1 Relación Trastorno Mental-Opiáceo

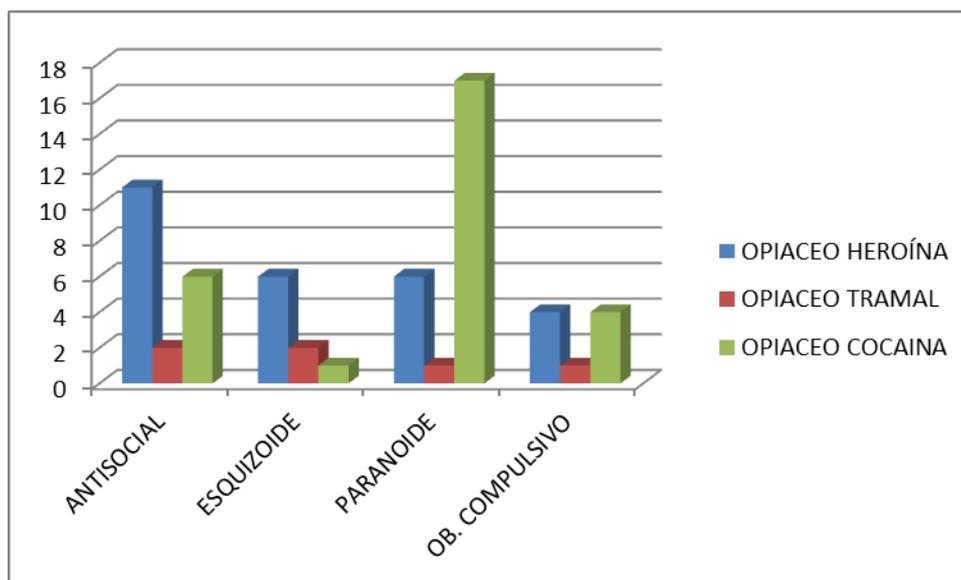


Tabla 3 Relación Tiempo de consumo-Especialidad Naval

TIEMPO DE CONSUMO	ESPECIALIDAD NAVAL			TOTAL	TOTAL%
	INFANTE	SUPERFICIE	AVIACION		
HASTA 6 MESES	7	9	2	18	29,50%
7-12 MESES	8	6	4	18	29,50%
13-18 MESES	4	2	0	6	9,83%
19-24 MESES	1	5	1	7	11,47%
25-30 MESES	5	2	1	8	13,11%
31-36 MESES	0	2	2	4	6,55%
TOTAL	25	26	10	61	100%

Figura 2 Relación Opiáceo-Especialidad Naval

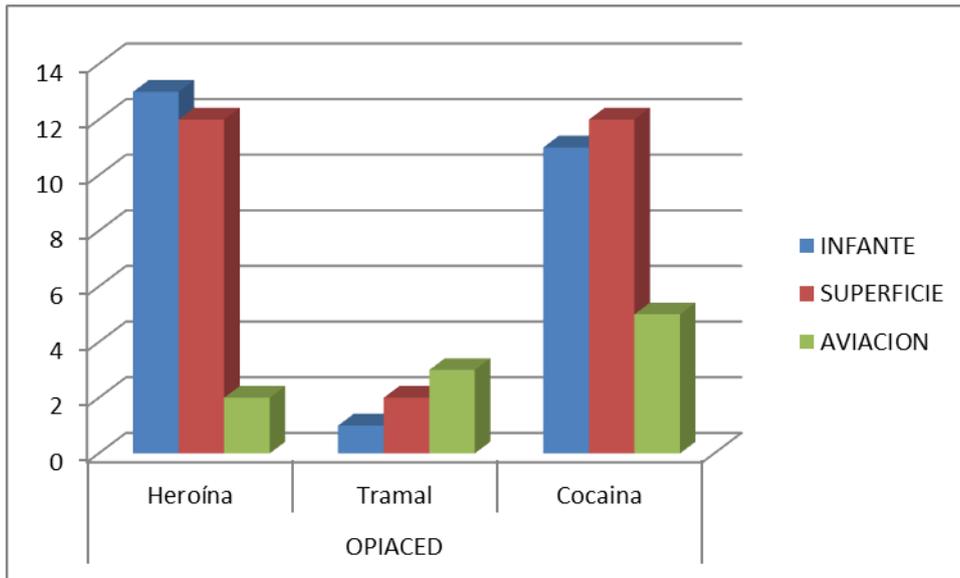


Figura 3 Relación Trastorno Mental-Especialidad Militar

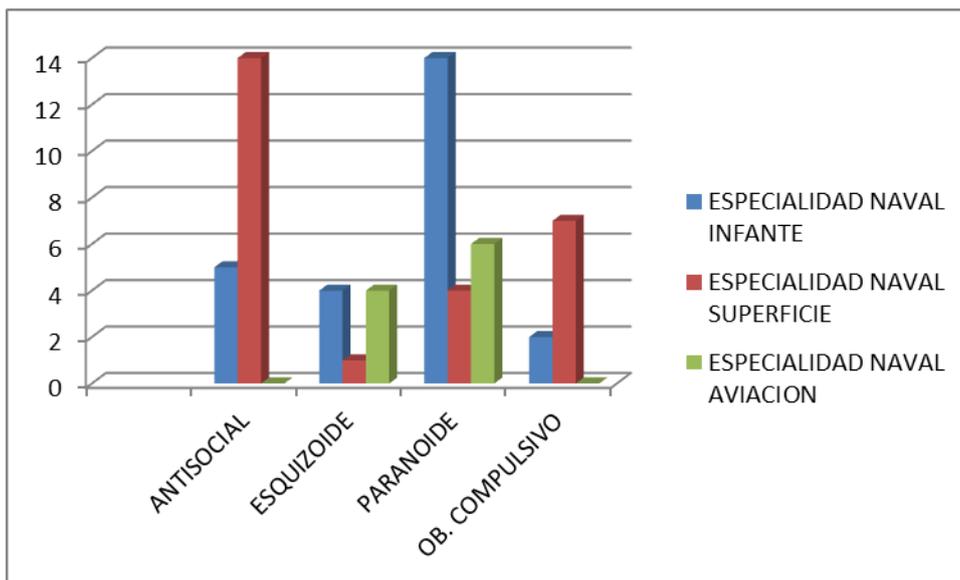


Tabla 4 Relación Tiempo de consumo-Trastorno mental

RELACION TIEMPO DE CONSUMO/TRANSTORNO MENTAL						
TIEMPO DE CONSUMO	TRASTORNO MENTAL				TOTAL	TOTAL%
	ANTISOCIAL	ESQUIZOIDE	PARANOIDE	OB. COMPULSIVO		
HASTA 6 MESES	9	0	8	1	18	29,50%
7-12 MESES	4	1	12	1	18	29,50%
13-18 MESES	1	2	1	2	6	9,83%
19-24 MESES	3	1	1	2	7	11,47%
25-30 MESES	1	2	2	3	8	13,11%
31-36 MESES	1	3	0	0	4	6,55%
TOTAL	19	9	24	9	61	100%

Tabla 5 Relación Tiempo de Consumo-Terapéutica

RELACION TIEMPO DE CONSUMO/TERAPEUTICA					
TIEMPO DE CONSUMO	TERAPEUTICA			TOTAL	TOTAL%
	A. OPIOIDES	CLONIDINA	BENZODIACEPINAS		
HASTA 6 MESES	12	2	4	18	29,50%
7-12 MESES	15	1	2	18	29,50%
13-18 MESES	5	0	1	6	9,83%
19-24 MESES	6	0	1	7	11,47%
25-30 MESES	5	1	2	8	13,11%
31-36 MESES	4	0	0	4	6,55%
TOTAL	47	4	10	61	100%

Discusión

Bajo la influencia de los medios de comunicación social, el consumo de drogas se asoció a una nueva forma de peligrosidad social y fue entonces cuando se produjo una gran preocupación en el conjunto de la sociedad y por tanto de sus representantes políticos, de los medios de comunicación y de los profesionales sanitarios. Con este crecimiento del fenómeno se empiezan a detectar nuevos problemas asociados a la toxicomanía en relación con las nuevas sustancias o la vía de administración, que cambian el panorama de la morbimortalidad en estos pacientes. Así eran más frecuentes las muertes en drogadictos, los accidentes, los ingresos hospitalarios por patología orgánica asociada, la asistencia en los servicios de urgencias, las complicaciones del embarazo y de los neonatos, en definitiva todas las posibles complicaciones de esta nueva patología.(2)

Es bien conocido que buena parte de los sujetos que presentan adicción a drogas, cumplen criterios de uno o varios trastornos de personalidad así como otros trastornos psiquiátricos.(13)

Un estudio realizado según Gutierrez et al, evalúa los trastornos de personalidad de dos grupos de pacientes, n=88 (en tratamiento con metadona y naltrexona). Los autores concluyen que el trastorno de personalidad antisocial es el diagnóstico más frecuente.(13)

Este estudio refleja que hay una mayor prevalencia en trastorno paranoide por una ligera diferencia (5 pacientes) del segundo en presentación que es el antisocial lo que no difiere en gran medida con el estudio antes mencionado de Gutierrez. En este caso a tomar en cuenta, que los pacientes en este estudio son militares activos, lo cual puede generar una predisposición psicológica distinta a los estudiados por los mencionados investigadores.

Conclusión

El estudio refleja que a nivel de militares, el consumo de opiáceos es relativamente bajo tomando en cuenta el total de la muestra; debido a su actividad, los militares en servicio en ocasiones requieren el uso de analgésicos potentes como los opiáceos, pero que dentro de este universo son muy pocos los que desarrollan síndrome de dependencia, debido al tiempo de exposición a dicho opiáceo y a la patología mental de fondo que en algunos de los casos presentan, que generalmente son trastorno mental tipo paranoide y comportamiento antisocial, el tipo paranoide es más común entre los infantes y el comportamiento antisocial es más común entre los navales de superficie.

En el año 2015 se atendieron en el Hospital Naval de Guayaquil un muy reducido número de casos con esta patología, se puede asegurar que se cuenta con militares sanos que responden bien a la terapia con opiáceos debido a que no presentan patologías mentales de fondo ya que al retirar el medicamento no presentan dependencia.

Además se concluye que los opiáceos son excelentes analgésicos y que usados prudentemente dan resultados óptimos, pero hay tener en cuenta el tiempo de uso, hacer un análisis psicológico y psiquiátrico de los pacientes a tratar para evitar síndrome de dependencia.

Bibliografía

1. Clemente M. Farmacología De Analgésicos Opiáceos. Chem ... [Internet]. 2004;tema 7:34. Available from:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cbdv.200490137/abstract>
2. Mateu G, Astalsz M, Torrens M. Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por

- dependencia de opiáceos: Del diagnóstico al tratamiento. *Adicciones*. 2005;17(SUPPL.2):111–21.
3. Kraychete DC, Sakata RK. Uso y rotación de opioides para el dolor crónico no oncológico. *Rev Bras Anesthesiol*. 2012;62(4):1–5.
 4. De Lima L. El empleo de analgésicos opiáceos para aliviar el dolor del cáncer. *Rev Panam Salud Pública [Internet]*. 1997;2(2):142–5. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891997000800014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 5. Pérez EJP. Salud Mental y Adicción *Salud Mental y Adicción*. 2015;(AUGUST).
 6. Cervera martínez G, Rubio valladolid G, Haro cortés G, Bolinches clarlamontes F, De vicente manzanaro P, Valderrama zurián JC. La comorbilidad entre los trastornos del control de los impulsos, los relacionados con el uso de sustancias y los de la personalidad. *Trastor Adict [Internet]*. 2001;3(1):3–10. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575097301700025>
 7. Berrocal C, Ortiz-tallo M. Variables clínicas y de personalidad en adictos a heroína. 2001;32(1):67–87.
 8. Gómez M, Castañeda M, Araujo AM, Pascual J, Martín MP, Batllori M. Consecuencias del consumo de heroína : síndrome compartimental y rabdomiolisis *Consequences of heroin consumption : compartmental syndrome and rhabdomyolysis*. 2006;29:131–6.
 9. San Narciso GI., Gutierrez E, Saiz PA, González MP, Bascarran MT, Bobes J. Evaluación de trastornos de la personalidad en pacientes heroínómanos mediante el International Personality Disorders Examination (IPDE). *Adicciones [Internet]*. 2000;12(1):43/56. Available from:

http://www.unioviedo.es/psiquiatria/publicaciones/documentos/2000/2000_SanNarciso_Evaluacion.pdf

10. García JA, Hernández UM, Marín G, Montesinos L, Botvin GJ, Burkhart G, et al. José A. García del Castillo Rodríguez. 2011;11.
11. Iruarrizaga Díez I. Evidencias Científicas en el Estudio y Tratamiento de las Conductas Adictivas en la Revista Intervención Psicosocial: Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida. Interv Psicosoc. 2009;18(3):193–8.
12. Durán AL, Iglesias EB. Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de la cocaína en tratamiento. Psicothema. 2006;18(3):578–83.
13. Sanchez E, Tomas V, Climent A. Trastornos de personalidad en adictos a opiáceos. Adicciones. 1999;11(3):221–7.
14. Brecher GS, Carlos J, Grosso H. Síndrome De Neurotoxicidad inducida por opiáceos en pacientes oncológicos en cuidados paliativos. Rev Medica Sanitas. 2012;15(3):30–7.
15. De RPYDEA, Relacionadas YNO, Droga CON. Muuuljluuul.
16. Facultad de Filosofía y Letras Grado en Periodismo El otro lado de los fármacos : Dependencia y consecuencias en las personas. 2015;2014–5.
17. Anicama J, Mayorga E, Henostroza C. Calidad de vida y recaídas en adictos a sustancias psicoactivas de Lima Metropolitana. Psicoactiva. 2001;19:7–27.



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, URQUIZO RODRIGUEZ ERIC IVAN, con C.C: # 0916056534 autor del trabajo de titulación: **Adicción a opiáceos: Prevalencia de pacientes con trastornos mentales y del**

comportamiento debido al uso de opiáceos con síndrome de dependencia en el Hospital Naval de Guayaquil en el año 2015. previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 26 de abril de 2016

f. _____

Nombre: URQUIZO RODRIGUEZ, ERIC IVAN

C.C: 0916056534



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:

Adicción a opiáceos: Prevalencia de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de opiáceos con síndrome de dependencia en el Hospital Naval de Guayaquil en el año 2015.

AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	URQUIZO RODRIGUEZ, ERIC IVAN		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	VÁSQUEZ CEDEÑO , DIEGO ANTONIO		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	26 de abril del 2016	No. DE PÁGINAS:	51
ÁREAS TEMÁTICAS:	Problemas crónico degenerativos Problemas socioculturales		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Opiáceo, Trastorno Mental, Síndrome de dependencia		

RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras): La principal intención del trabajo es informar que hoy la adicción a opiáceos como la morfina y la heroína, como drogas de abuso, o la dependencia a opiáceos, se han convertido en enemigos cuyos riesgo-beneficio de que exista aún, son discutibles y de un alcance que la farmacología clínica antes no consideraba, pues algunos de ellos son solo productos de la ambición del hombre, quien es único responsable de vender las armas al enemigo en esta guerra sin sentido.

Problema: El consumo de drogas de variados tipos se ha conocido como una segura constante que ha vivido la historia del hombre desde la antigüedad por parte de la mayoría de los pueblos y culturas. Moisés relata en la Biblia como Noé se embriagó tras destilar su vino 4000 años aC.(génesis Cap 9 vesiculo 21) Sin embargo, el fenómeno, por no decir mejor, la infamia de la drogadicción sólo ha alcanzado la capital importancia que hoy tiene, en gran parte por la globalización, tras las desastrosas expresiones sociales y sanitarias que se han vivido en los últimos setenta años.

La expansión la podemos percibir una vez que hacemos nuestros todos los conocimientos que se tienen acerca de las características de la sociedad (industrial) y del consumo. Desde el siglo IXX hasta nuestros días, una mayoría de los seres humanos ha pasado de recolectar las plantas silvestres psicoactivas al estudio científico de sus principios activos, y a cualificar y depurar esos principios. Aún más, a alterar sus estructuras químicas para cuantificar sus efectos. Ha buscado una manera de cultivar dichas plantas en todo tipo de medio y clima, para lograr una ingente producción; para después sintetizar en el laboratorio los principios activos con el único fin de conseguir el compuesto que con una mayor potencia permita tumbar los costos de producción.

Todo lo dicho anteriormente, ha supuesto la masificación del consumo de estas sustancias, perdiéndose toda la espiritualidad y el rito que por miles de años mantuvieron sus originales productores. Eran seres que durante toda su vida se preocuparon de darle el uso adecuado, acorde a su real necesidad; es decir, mantener su ingesta restringida a ciertas personas y solo en ciertos momentos.

Todas las circunstancias que envuelven a esta infame dependencia son muy complejas. Es como un prisma que tiene diversas aristas: Una de estas se proyecta con extensiones puramente médicas (somáticas y psíquicas) y sociológicas. Otra arista solo porta extensiones de tipo cultural, antropológico, ideológico, e incluso de tipo político. Si uno se sitúa sobre el prisma, resulta muy difícil percibir el origen y fundamento de cada una de estas aristas; por ello, es imposible estudiar una de ellas sin tener en cuenta las implicaciones derivadas de las demás

A pesar de esta fuerte apuesta por el control del consumo de sustancias en la adolescencia, entre el 81% y el 96% de los jóvenes europeos consideraron que los riesgos asociados con el consumo de drogas como la heroína, la cocaína y el éxtasis debían calificarse de elevados, manifestando la gran mayoría de ellos (95%) que estas drogas debían seguir siendo controladas (*European Commission, 2004*).

Objetivo: IDENTIFICAR LA PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE OPIACEOS COMO SINDROME DE DEPENDENCIA EN PACIENTES EN SERVICIO ACTIVO EN EL HOSPITAL NAVAL EN EL AÑO 2015.

Materiales y métodos: La información fue obtenida directamente de los pacientes seleccionados por medio de diagnóstico psiquiátrico definitivo, durante el 2015 en el Hospital Naval de Guayaquil, mediante el empleo de una planilla de recolección de datos diseñada con tal fin. La recolección de datos fue mediante la revisión de las historias clínicas de todos los pacientes vistos en el 2015 en la que se llenaran: ESCALAS-TEST Psiquiátricas y los datos demográficos en la misma hoja. Dicha información fue incluida en una base de datos creada con Windows 7, en el software Microsoft Excel. La información fue procesada estadísticamente mediante el software SPSS, versión 20.0. Se emplearon medidas de resumen para variables cualitativas, como frecuencias absolutas y porcentajes; y medidas

de resumen para variables cuantitativas, como el test de t de student. La información será presentada a través de tablas y gráficos.

Resultados: Se distribuyeron los pacientes según especialidad naval por su condición de militares activos, dando como resultado una mayor prevalencia de pacientes de SUPERFICIE con 26 casos de un total de 61 pacientes, de estos, el 39,34% presentaron como trastorno mental y de comportamiento un estado PARANOIDE principalmente con el antecedente de consumo de COCAINA. En relación con su tiempo de consumo, el 59% de los pacientes llevaban un tiempo de consumo de 1 AÑO. Existe una leve predilección por el opiáceo en consumo donde se evidencia que la especialidad naval INFANTE consume más HEROÍNA a diferencia de la especialidad naval SUPERFICIE con mayor consumo de COCAINA. Existe una prevalencia levemente mayor entre el trastorno mental y del comportamiento entre PARANOIDE de mayor presentación en INFANTES y el trastorno ANTISOCIAL en personal de SUPERFICIE. En pacientes entre 7 a 12 meses de consumo presenta como mayor trastorno el PARANOIDE. Se evidencia que la mayor terapéutica en uso corresponde a los Agonistas Opioides; mismo que tienen la mayor eficacia como terapia de remplazo y de curación.

Conclusión: En el año 2015 se atendieron en el Hospital Naval de Guayaquil un muy reducido número de casos con esta patología, se puede asegurar que se cuenta con militares sanos que responden bien a la terapia con opiáceos debido a que no presentan patologías mentales de fondo ya que al retirar el medicamento no presentan dependencia.

Recomendaciones: Los opiáceos son excelentes analgésicos y que usados prudentemente dan resultados óptimos, pero hay tener en cuenta el tiempo de uso, hacer un análisis psicológico y psiquiátrico de los pacientes a tratar para evitar síndrome de dependencia.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0959432589	E-mail: groveric19@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN: COORDINADOR DEL PROCESO DE UTE	Nombre: Vásquez Cedeño , Diego Antonio	
	Teléfono: 0982742221	
	E-mail: diegoavasquez@gmail.com	

SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA

Nº. DE REGISTRO (en base a datos):	
Nº. DE CLASIFICACIÓN:	
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):	