

Trastornos relacionados con sustancias

Trastornos por consumo de sustancias

Características

La característica esencial del trastorno por consumo de sustancias es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia. Tal y como se muestra en la tabla 1, el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias se puede realizar sobre las 10 clases que se han incluido en este capítulo, excepto para la cafeína. En algunas sustancias, estos síntomas son menos llamativos, e incluso no se producen todos los síntomas (p. ej., no se especifican síntomas de abstinencia en el trastorno por consumo de fenciclidina, de otros alucinógenos o por el de inhalantes).

Una particularidad importante del trastorno por consumo de sustancias es el cambio subyacente en los circuitos cerebrales que persiste tras la desintoxicación y que acontece especialmente en las personas con trastornos graves. Los efectos comportamentales de estos cambios cerebrales se muestran en las recaídas repetidas y en el deseo intenso de consumo cuando la persona se expone a estímulos relacionados con la droga. Las aproximaciones terapéuticas a largo plazo son beneficiosas para estos efectos persistentes de las drogas.

Globalmente, el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias se basa en un patrón patológico de comportamientos relacionados con el consumo de sustancias. En cuanto a la organización diagnóstica, el criterio A es aplicable a todos los grupos de criterios que se refieren al *control deficitario*, al *deterioro social*, al *consumo de riesgo* y a los *farmacológicos*. El control deficitario sobre el consumo de la sustancia compone el primer grupo de criterios (Criterios 1-4). La persona consume grandes cantidades de sustancia o lo hace durante un tiempo más prolongado del previsto (Criterio 1). La persona expresa deseos insistentes de dejar o de regular su consumo y relata múltiples esfuerzos fallidos por disminuir o abandonar éste (Criterio 2). La persona invierte una gran parte de su tiempo intentando conseguir la sustancia, consumiéndola o recuperándose de sus efectos (Criterio 3). En los casos más graves es posible que las actividades diarias de la persona giren en torno a la sustancia. Existe un deseo intenso de consumo (Criterio 4) manifestado por un ansia y una urgencia en cualquier momento, aunque es más probable que aparezca en aquellos ambientes en los que la persona ha conseguido o consumido la sustancia anteriormente. Este deseo intenso de consumo se atribuye al condicionamiento clásico y se asocia a la activación de las estructuras cerebrales específicas del sistema de recompensa. La exploración del deseo se realiza preguntándole a la persona si ha tenido alguna vez una fuerte necesidad de consumo que le ha impedido pensar u ocuparse de cualquier otra cosa. El deseo intenso actual es un marcador frecuente para la valoración de los resultados de un tratamiento, puesto que puede considerarse una señal de recaída inminente.

El deterioro social constituye el segundo grupo de criterios (Criterios 5-7). El consumo recurrente de sustancias puede conllevar el incumplimiento de los deberes fundamentales en los ámbitos académico, laboral o doméstico (Criterio 5). La persona podría seguir consumiendo a pesar de tener problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal causados o exacerbados por los efectos del consumo (Criterio 6). Se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias (Criterio 7). La persona puede descuidar o abandonar las actividades familiares y las aficiones a causa del consumo.

El tercer grupo de criterios se refiere al consumo de riesgo de la sustancia (Criterios 8 y 9). Puede producirse un consumo recurrente de la sustancia incluso en aquellas situaciones en las que ésta provoca un riesgo físico (Criterio 8). La persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psicológico recurrente o persistente que probablemente se puede originar o exacerbar por dicho consumo (Criterio 9). El punto clave a la hora de valorar este criterio no es tanto la existencia del problema como el fracaso de la persona en evitar el consumo a pesar de las complicaciones que le provoca.

Los criterios farmacológicos conforman el último grupo (Criterios 10 y 11). La tolerancia (Criterio 10) se define como el aumento significativo de las dosis de la sustancia para conseguir los efectos deseados, o como una reducción notable del efecto cuando se consume la dosis habitual. El grado en que se desarrolla tolerancia varía en cada persona, además de para cada sustancia, e incluye una diversidad de efectos sobre el sistema nervioso central. Por ejemplo, la tolerancia para la depresión respiratoria, la coordinación motriz y la sedación se puede desarrollar en diferentes grados, dependiendo de la sustancia. Es complicado determinar la tolerancia según los antecedentes y, por ello, resulta de utilidad emplear pruebas de laboratorio (p. ej., unos niveles elevados de la sustancia en la sangre junto con una escasa evidencia de intoxicación podrían indicar tolerancia). Por otra parte, también se podría discernir entre tolerancia y variabilidad individual por la sensibilidad inicial a los efectos de una sustancia en particular. Por ejemplo, algunas personas que beben alcohol por primera vez muestran poca evidencia de intoxicación después de tres o cuatro copas, mientras que otras, con un peso y unos antecedentes de consumo similares, presentan un discurso disártrico y falta de coordinación.

La abstinencia (Criterio 11) es un síndrome que ocurre cuando disminuyen las concentraciones de la sustancia en la sangre o los tejidos en una persona que ha sido una gran consumidora de manera prolongada. Es probable que la persona consuma la sustancia para aliviar los síntomas que produce la abstinencia. Estos síntomas difieren enormemente según la clase de sustancia, por lo que se han descrito conjuntos de criterios diferentes para cada droga. Los signos de abstinencia del alcohol, los opiáceos, los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos son frecuentes y acentuados, y se pueden evaluar de una manera sencilla. Los signos y síntomas de los estimulantes (las anfetaminas y la cocaína), del tabaco y del cannabis también son frecuentes pero no tan marcados. En cuanto a la fenciclidina, otros alucinógenos y los inhalantes, no se ha descrito en los humanos la existencia de una abstinencia significativa tras su consumo repetido, por lo que este criterio no se incluye en estas sustancias. De todas maneras, no es necesario que exista tolerancia o abstinencia para establecer un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias. Sin embargo, en la mayor parte de las sustancias, los antecedentes previos de abstinencia se asocian con un curso clínico más grave (es decir, el inicio precoz del trastorno, unas cantidades elevadas de consumo de la sustancia y un mayor número de problemas relacionados con la sustancia).

Los síntomas de tolerancia y abstinencia, que acontecen durante un tratamiento médico apropiado con medicamentos prescritos (p. ej., analgésicos opioides, sedantes, estimulantes) *no* se deberían considerar a la hora de establecer un trastorno por consumo de sustancias. La aparición de una tolerancia y una abstinencia farmacológicas, esperables y normales durante el tratamiento médico ha implicado un diagnóstico erróneo de adicción incluso cuando sólo aparecían esos síntomas. Las personas cuyos síntomas *sólo* aparecen como resultado del tratamiento médico, es decir, la tolerancia y la abstinencia como parte del tratamiento médico prescrito, no deberían recibir el diagnóstico basándose únicamente en dichos síntomas. Sin embargo, los medicamentos que han sido prescritos se pueden tomar de forma inapropiada y, por tanto, se podría diagnosticar un trastorno por consumo de sustancias si se presentan, además, otros síntomas comportamentales de búsqueda compulsiva de la sustancia.

Gravedad y especificadores

Los trastornos por consumo de sustancias aparecen en un amplio rango de gravedad, desde leve a grave, basando dicha gravedad en el número de criterios sintomáticos que se cumplen. Como estimador general de gravedad, se considera que un trastorno es *leve* si se presentan 2 o 3 síntomas, *moderado* si tiene entre 4 y 5 síntomas, y es *grave* a partir de 6 o más síntomas. La variación de la gravedad se refleja en la reducción y el aumento de la frecuencia del consumo y/o de las dosis, tal y como refiera la persona, las personas allegadas, las observaciones del clínico y las pruebas de laboratorio. Los trastornos por consumo de sustancias disponen también de los especificadores de curso que se detallan a continuación: "en remisión inicial", "en remisión sostenida", "en terapia de mantenimiento" y "en un entorno controlado". La definición de cada uno se encuentra en cada grupo de criterios correspondientes.

Procedimiento de registro de los trastornos por consumo de sustancias

El clínico debe aplicar el código que corresponda a la clase de sustancia y además anotar el nombre de la *sustancia específica*. Por ejemplo, el clínico registrará 304.10 (F13.20) trastorno moderado por consumo de alprazolam (mejor que trastorno por consumo moderado de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos), o bien 305.70 (F15.10) trastorno por consumo moderado de metanfetamina (mejor que trastorno por consumo moderado de estimulantes). Para las sustancias que no se ajustan a ninguna de estas clases (p. ej., los esteroides anabolizantes), corresponde usar el código de trastorno por consumo de otras sustancias e indicar la sustancia específica (p. ej., 305.90 [F19.101] trastorno leve por consumo de esteroides anabolizantes). Si se desconoce cuál es la sustancia que ha tomado el individuo se aplicará el código de la clase "otra (o desconocida)" (p. ej., 304.90 [F19.201] trastorno grave por consumo de sustancia desconocida). Si se cumplen los criterios de más de un trastorno por consumo de sustancias, se deben diagnosticar todos ellos (p. ej., 304.00 [F11.201] trastorno grave por consumo de heroína; 304.20 [F14.201] trastorno moderado por consumo de cocaína).

El código adecuado de la CIE-10-MC para un trastorno por consumo de sustancias depende de si existe algún trastorno concomitante inducido por una sustancia (ya sea por intoxicación o por abstinencia). En el ejemplo anterior, el código diagnóstico de un trastorno moderado por consumo de alprazolam, F13.20, refleja la ausencia de un trastorno mental concomitante inducido por alprazolam. Puesto que los códigos CIE-10-MC para los trastornos inducidos por sustancias indican tanto la presencia (o ausencia) como la gravedad del trastorno por consumo de la sustancia, dichos códigos solamente se pueden utilizar si no existe un trastorno inducido por una sustancia. Para más información sobre la codificación, véanse las secciones concretas específicas de cada sustancia.

Obsérvese que la palabra *adicción* no se utiliza como término diagnóstico en esta clasificación, aunque sea de uso habitual en muchos países para describir problemas graves relacionados con el consumo compulsivo y habitual de sustancias. Se utiliza la expresión más neutra *trastorno por consumo de sustancias* para describir el amplio abanico de un trastorno, desde un estado leve a uno grave, de consumo compulsivo y continuamente recidivante. Algunos clínicos preferirán utilizar la palabra *adicción* para describir las presentaciones más extremas, pero esta palabra se ha omitido de la terminología oficial del diagnóstico de consumo de sustancias del DSM-5 a causa de su definición incierta y su posible connotación negativa.

Trastornos inducidos por sustancias

La categoría general de trastornos inducidos por sustancias incluye la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos (p. ej., el trastorno psicótico inducido por sustancias, el trastorno depresivo inducido por sustancias).

Intoxicación y abstinencia de una sustancia

Los criterios de intoxicación de una sustancia se incluyen en cada sección específica de la sustancia de este capítulo. La característica esencial se refiere al desarrollo de un síndrome específico y reversible debido a la ingesta reciente de la sustancia (Criterio A). Los cambios significativos problemáticos a nivel comportamental o psicológico, asociados a la intoxicación (p. ej., la beligerancia, la labilidad emocional, el juicio deteriorado), se atribuyen a los efectos fisiológicos de la sustancia sobre el sistema nervioso central, los cuales se desarrollan durante o al poco tiempo tras el consumo (Criterio B). Los síntomas no son atribuibles a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio D). La intoxicación es frecuente en las personas con un trastorno por consumo de sustancias, pero puede aparecer en las personas sin dicho trastorno. Esta categoría *no* es aplicable al tabaco.

Los cambios más frecuentes en la intoxicación conllevan alteraciones de la percepción, de la vigilia, de la atención, del pensamiento, del razonamiento, de la conducta psicomotora y del comportamiento interpersonal. Las intoxicaciones a corto plazo o "agudas" pueden presentarse con diferentes signos y síntomas que

aquellas continuadas o "crónicas". Por ejemplo, las dosis moderadas de cocaína pueden producir inicialmente sociabilidad, pero si esas dosis se ingieren durante días o semanas, puede aparecer aislamiento social.

Cabe destacar que el término *intoxicación* tiene una concepción más amplia desde el punto de vista fisiológico que el que se define en este manual. Muchas sustancias que no son necesariamente problemáticas pueden producir cambios fisiológicos o psicológicos. Por ejemplo, una persona; que tiene una taquicardia debida al consumo de una sustancia presenta un efecto fisiológico sin embargo, si éste es el único síntoma en ausencia de un comportamiento problemático, no se debería diagnosticar una intoxicación. La intoxicación puede persistir más tiempo del que la sustancia es detectable en el cuerpo. Esto se debe a los efectos permanentes sobre el sistema nervioso central, cuya recuperación lleva más tiempo que la eliminación de la sustancia. Estos efectos a largo plazo se deben distinguir de la abstinencia (es decir, de los síntomas que se inician tras la reducción de las concentraciones de sustancia en la sangre o los tejidos).

Los criterios de abstinencia de la sustancia se incluyen en las secciones específicas de la sustancia de este capítulo. La característica esencial es el desarrollo de cambios significativos y problemáticos comportamentales, junto con cambios fisiológicos y cognitivos debidos al cese o a la reducción del consumo prolongado y frecuente de la sustancia (Criterio A). El síndrome específico produce malestar o un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). Los síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y tampoco se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio D). La abstinencia suele estar, aunque no siempre, asociada a un trastorno por consumo de sustancias. La mayoría de las personas con abstinencia tiene una necesidad intensa de volver a administrarse la sustancia para reducir los síntomas.

Vía de administración y velocidad de los efectos de la sustancia

Las vías de administración que producen una absorción en el torrente sanguíneo de una manera más rápida y eficiente (p. ej., intravenosa, fumada, intranasal "esnifada") tienden a desembocar en una intoxicación más intensa y tienen mayor probabilidad de que se produzca un patrón de escalada de consumo de la sustancia para la que aparece la abstinencia. De manera similar, las sustancias que actúan rápidamente son más proclives a producir una intoxicación inmediata en comparación con aquellas de acción lenta.

Duración de los efectos

Dentro de la misma categoría de droga, las sustancias con una acción relativamente corta suelen conllevar un alto potencial de desarrollo de abstinencia en comparación con aquellas con una acción de duración prolongada. Sin embargo, las sustancias de acción prolongada suelen implicar una abstinencia de mayor duración. La vida media de la sustancia se parece en algunos aspectos a la abstinencia: cuanto mayor es la duración de la acción, mayor es el período entre el cese de la sustancia y el inicio de los síntomas de abstinencia, y mayor es la duración de la abstinencia. En general, cuanto más largo es el período de abstinencia aguda, menor intensidad tiene el síndrome.

Consumo de varias sustancias

La intoxicación y la abstinencia suelen acontecer tras el consumo de diferentes sustancias de manera simultánea o secuencial. En estos casos, debe establecerse cada diagnóstico por separado.

Resultados de laboratorio asociados

Los análisis de laboratorio en muestras de sangre y orina pueden ayudar a determinar el consumo reciente y la sustancia específica implicada. Sin embargo, un resultado positivo en una prueba de laboratorio no indica por sí mismo que la persona presente un patrón de consumo de sustancia que reúna los criterios diagnósticos de trastorno por consumo o inducido por sustancias, y viceversa, un resultado negativo tampoco descarta el diagnóstico.

Las pruebas de laboratorio son útiles para identificar la abstinencia. Si la persona presenta síntomas de abstinencia de una sustancia desconocida, las pruebas de laboratorio pueden contribuir a detectar la

sustancia y a diferenciar la abstinencia de otros trastornos mentales. Además, un funcionamiento normal en presencia de unos niveles elevados de la sustancia en sangre indica una tolerancia considerable.

Desarrollo y curso

Las personas con edades comprendidas entre los 18 y los 24 años presentan unas tasas relativamente elevadas de consumo de prácticamente todas las sustancias. La intoxicación suele ser el primer trastorno relacionado con las sustancias y frecuentemente comienza en la adolescencia. La abstinencia puede aparecer a cualquier edad siempre y cuando se haya consumido la droga principal en una dosis suficiente durante un período de tiempo prolongado.

Procedimientos de registro de la intoxicación y la abstinencia

El clínico debe aplicar el código que corresponda a la clase de sustancia y además anotar el nombre de la *sustancia específica*. Por ejemplo, el clínico registrará 292.0 (F13.239) abstinencia de secobarbital (mejor que abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos), o bien 292.89 (F15.129) intoxicación por metanfetamina (mejor que intoxicación por estimulantes). Obsérvese que el código diagnóstico adecuado de la CIE-10-MC para la intoxicación depende de si existe un trastorno concomitante por consumo de sustancias. En este caso el código F15.129 de la metanfetamina indica la presencia de un trastorno concomitante leve por consumo de metanfetamina. Si no existiera un trastorno concomitante por consumo de metanfetamina, el código diagnóstico habría sido F15.929. Las reglas de codificación de la CIE-10-MC exigen que todos los códigos de abstinencia impliquen un trastorno de moderado a grave por consumo de la sustancia correspondiente. En el caso anterior, el código de abstinencia de secobarbital (F13.239) indica la presencia concomitante de un trastorno moderado a grave por consumo de secobarbital. Consúltense las notas de codificación de los síndromes de intoxicación y abstinencia de cada sustancia para saber las opciones concretas de codificación.

Para las sustancias que no se ajustan a ninguna de estas clases (p. ej., esteroides anabolizantes), corresponde usar el código de intoxicación por otra sustancia e indicar la sustancia específica (p. ej., 292.89 [F19.929] intoxicación por esteroides anabolizantes). Si se desconoce cuál es la sustancia que ha tomado el individuo se aplicará el código de la clase "otra (o desconocida)" (p. ej., 292.89 [F19.929] intoxicación por sustancia desconocida). Si existen síntomas o problemas asociados a una sustancia específica pero no se cumplen los criterios de ningún trastorno específico de una sustancia, se puede utilizar la categoría de no especificado (p. ej., 292.9 [F12.99] trastorno no especificado relacionado con el cannabis).

Como ya se ha dicho, los códigos de la CIE-10-MC relacionados con sustancias combinan el aspecto del propio cuadro clínico del trastorno por consumo de sustancias con el aspecto de ser inducido por la sustancia, en un único código combinado. De este modo, si existe tanto un trastorno por abstinencia de heroína como uno moderado por consumo de la misma, se aplica el código único F11.23 que abarca ambas presentaciones. En la CIE-9-MC se aplican códigos diagnósticos diferentes (292.0 y 304.00) para indicar respectivamente un trastorno por abstinencia y uno moderado por consumo de heroína. Para más información sobre la codificación, véanse las secciones concretas específicas de cada sustancia.

Trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos

Los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos son síndromes potencialmente graves y frecuentemente temporales, aunque algunas veces son persistentes, que se desarrollan como consecuencia de los efectos del abuso de sustancias, de medicamentos o de algunas toxinas. Se diferencian del trastorno por consumo de sustancias en que un grupo de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos contribuyen al consumo continuado a pesar de los problemas significativos relacionados con la sustancia. Los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos pueden aparecer en cualquiera de las 10 clases de sustancias que producen un trastorno de consumo de sustancias, o en una gran diversidad de medicamentos empleados en tratamientos médicos. Cada trastorno mental inducido se refleja en el capítulo correspondiente (p. ej., Trastornos depresivos, Trastornos neurocognitivos), y por tanto, sólo se aportan aquí descripciones breves. Todos los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos comparten ciertas características. Es importante reconocer estos aspectos comunes para conseguir detectar estos trastornos. Estas características se describen a continuación:

- A. La alteración se presenta en forma de síntomas clínicamente significativos asociados a un trastorno mental relevante.
- B. Existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los resultados de laboratorio de estos dos aspectos:
 1. Los síntomas se han desarrollado durante o en el primer mes tras la intoxicación o abstinencia de la sustancia o la administración del medicamento; y
 2. La sustancia/medicamento implicado puede producir ese trastorno mental.
- C. La alteración no se explica mejor por un trastorno mental independiente (un trastorno que no sea el inducido por sustancias o medicamentos). La evidencia de que existe un trastorno mental independiente puede conllevar lo siguiente:
 1. La alteración antecede al inicio de la intoxicación o abstinencia agudas o la exposición al medicamento; o
 2. El trastorno mental completo persiste durante un tiempo considerable (p. ej., al menos un mes) tras el cese de la intoxicación o abstinencia agudas o de la administración de la medicación. Este criterio no se aplica a los trastornos neurocognitivos inducidos o a los trastornos perceptivos por alucinógenos, que persisten más allá del cese de la intoxicación o abstinencia agudas.
- D. El trastorno no aparece exclusivamente durante el curso de un delirium.
- E. La alteración produce malestar o deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Características

Es posible establecer algunas generalidades con respecto a las categorías de las sustancias capaces de producir trastornos inducidos que se destaquen clínicamente. En general, las drogas más sedativas (los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos y el alcohol) pueden causar trastornos depresivos importantes y clínicamente significativos durante la intoxicación, mientras que durante los síndromes de abstinencia de estas sustancias se suelen observar alteraciones ansiosas. Asimismo, durante la intoxicación, las sustancias más estimulantes (p. ej., las anfetaminas y la cocaína) suelen asociarse a trastornos psicóticos y de ansiedad inducidos, mientras que los episodios depresivos mayores inducidos suelen aparecer durante la abstinencia. Por otra parte, es probable que tanto las drogas sedativas como las estimulantes produzcan alteraciones del sueño y sexuales significativas aunque temporales. La tabla 1 recoge una revisión de la relación entre las categorías específicas de sustancias y los síndromes psiquiátricos.

Las afecciones inducidas por medicamentos incluyen aquellas reacciones que son frecuentemente idiosincráticas del SNC o los casos extremos de efectos secundarios de una diversidad de medicamentos que se administran para los diferentes problemas médicos. Estas reacciones abarcan las complicaciones neurocognitivas de los anestésicos, antihistamínicos y antihipertensivos, y de una diversidad de medicaciones y toxinas (p. ej., los organofosforados, los insecticidas, el monóxido de carbono) que se describen en el capítulo de los trastornos neurocognitivos. De forma temporal pueden aparecer síndromes psicóticos tras la administración de fármacos anticolinérgicos, cardiovasculares y esteroides, además de tras el consumo de fármacos de tipo estimulante y depresivo con o sin receta médica. Otros medicamentos se asocian a síndromes ansiosos, a disfunciones sexuales y a alteraciones temporales del sueño.

En general, para realizar un diagnóstico de trastorno mental inducido por sustancias/medicamentos debe existir evidencia de que el trastorno no se puede explicar mejor por un trastorno mental independiente. Este último es más probable que aparezca si ya existía un trastorno mental antes de la intoxicación y de la abstinencia agudas, o antes de la administración de la medicación o, a excepción de los trastornos persistentes inducidos por algunas sustancias que se enumeran en la tabla 1, si éste continúa existiendo más de un mes después de cesar la abstinencia aguda, la into-

xicación grave o la administración de medicamentos. Cuando los síntomas se observan sólo en el transcurso de un delirium (p. ej., el delirium por abstinencia del alcohol), el trastorno mental debe diagnosticarse como un delirium, y el síndrome psiquiátrico que aparece durante el delirium no se debería diagnosticar de forma independiente, puesto que muchos síntomas (como las alteraciones del humor, la ansiedad y el sentido de realidad) son frecuentes durante los estados confusionales y de agitación. Las características asociadas a cada trastorno mental principal son similares tanto si se presentan de manera independiente como si aparecen en un trastorno mental inducido por sustancias/medicamentos. Sin embargo, las personas con un trastorno mental inducido por sustancias/medicamentos son más proclives a mostrar también las características asociadas a la categoría específica de la sustancia o de la medicación, que han sido descritas en otros apartados de este capítulo.

Desarrollo y curso

Los trastornos mentales inducidos por sustancias se desarrollan en el contexto de una intoxicación o una abstinencia a sustancias de abuso, y los inducidos por medicamentos se observan tras la administración de medicamentos prescritos o sin receta que se toman en la dosis indicada. Ambos cuadros suelen ser temporales y desaparecen aproximadamente un mes después de cesar la abstinencia aguda, la intoxicación grave o la administración del medicamento. Existen algunas excepciones que tienen lugar en los trastornos inducidos por sustancias de larga duración: los trastornos neurocognitivos inducidos por sustancias que se asocian a afecciones como el trastorno neurocognitivo inducido por el alcohol, el trastorno neurocognitivo inducido por inhalantes, el trastorno neurocognitivo inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, y el trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (*flashbacks*; véase la sección sobre Trastornos relacionados con los alucinógenos en este mismo capítulo). No obstante, la mayoría de los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos, independientemente de la gravedad de los síntomas, suelen mejorar rápidamente tras la abstinencia y, en general, no persisten de una manera clínicamente destacada más de un mes después de cesar el consumo.

Pese a que el consumo grave de sustancias suele implicar muchas consecuencias, algunas personas tienen una especial predisposición a padecer trastornos inducidos por sustancias. Del mismo modo, también hay personas con predisposición a manifestar efectos secundarios psiquiátricos tras tomar algunas clases de medicamentos. Sin embargo, no está claro si las personas con antecedentes familiares o personales de trastorno mental independiente son más vulnerables a presentar un síndrome inducido, una vez que se ha hecho la consideración de si la cantidad y la frecuencia del consumo han sido suficientes para ocasionar la aparición del síndrome inducido por sustancias.

Existe evidencia acerca de que el consumo de sustancias o de medicaciones con efectos secundarios psiquiátricos, en el contexto de un trastorno mental preexistente, conlleva la intensificación de un síndrome independiente preexistente. El riesgo de padecer un trastorno mental inducido por sustancias/medicamentos aumenta tanto por la cantidad como por la frecuencia del consumo de la sustancia.

El perfil sintomático de los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos se asemeja al de los trastornos mentales independientes. Pese a que los síntomas de los trastornos mentales inducidos pueden ser idénticos a los de los trastornos mentales independientes (p. ej., delirios, alucinaciones, psicosis, episodios depresivos mayores, síndromes de ansiedad) y pueden implicar las mismas consecuencias graves (p. ej., suicidio), la mayor parte de los trastornos inducidos suele mejorar en cuestión de días o semanas de abstinencia.

Los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos suponen una parte importante del diagnóstico diferencial de los trastornos psiquiátricos independientes. Es igualmente importante reconocer la presencia de un trastorno mental inducido que identificar el posible papel de algunas afecciones médicas y reacciones a los medicamentos antes de establecer un diagnóstico de trastorno mental independiente. Los síntomas de los trastornos mentales inducidos y de los trastornos mentales independientes pueden ser idénticos de forma transversal, pero su tratamiento y pronóstico son diferentes.

Consecuencias funcionales de los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos

Las mismas consecuencias que se asocian a los trastornos mentales independientes (p. ej., los intentos de suicidio) se aplican a los trastornos mentales inducidos, pero en el caso de estos últimos, éstas suelen desaparecer al mes posterior tras la abstinencia. De manera similar, las consecuencias funcionales asociadas a los trastornos mentales independientes suelen aparecer en los trastornos mentales inducidos.

Procedimientos de registro de los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos

En otros capítulos del manual se indican las notas de codificación y los procedimientos individualizados de registro de los códigos CIE-9-MC y CIE-10-MC para otros trastornos mentales inducidos por sustancias o medicamentos específicos, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos: Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, Trastorno bipolar y trastornos relacionados, Trastornos depresivos, Trastornos de ansiedad, Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados, Trastornos del sueño-vigilia, Disfunciones sexuales y Trastornos neurocognitivos). Generalmente, en el caso de la CIE-9-MC, si un trastorno mental está inducido por un trastorno por consumo de una sustancia, se da un código distinto para el trastorno por consumo de la sustancia en concreto, aparte del código del trastorno mental inducido por la sustancia/medicamento. En el caso de la CIE-10-MC, un único código combina el trastorno mental inducido por la sustancia con el trastorno por consumo de la misma. No se indica un diagnóstico separado del trastorno concomitante por consumo de la sustancia, aunque se utilizan el nombre y la gravedad del trastorno por consumo de la sustancia específica (si existe) cuando se registra el trastorno mental inducido por esa sustancia/medicamento. También se indican los códigos CIE-10-MC en las situaciones en las que el trastorno mental provocado por la sustancia/medicamento no se debe a un trastorno por consumo de esa sustancia (es decir, cuando el trastorno es inducido por un uso aislado de la sustancia o el medicamento). En el apartado de Procedimientos de registro de cada trastorno mental inducido por sustancias/medicamentos que aparece en los capítulos correspondientes, se ofrece la información adicional necesaria para registrar el nombre del diagnóstico del correspondiente trastorno mental.

Trastornos relacionados con el alcohol

Trastorno por consumo de alcohol

Intoxicación por alcohol

Abstinencia de alcohol

Otros trastornos inducidos por el alcohol

Trastorno relacionado con el alcohol no especificado

Trastorno por consumo de alcohol

Criterios diagnósticos

- A. Patrón problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.

3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol (véanse los Criterios A y B de la abstinencia de alcohol, págs. 499-500).
 - b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiazepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses, pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol", que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol", que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza si el individuo está en un entorno con acceso restringido al alcohol.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si también existe una intoxicación o abstinencia alcohólicas, o cualquier otro trastorno mental inducido por el alcohol, no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de alcohol. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de alcohol viene indicado por el carácter en 4ª posición del código del trastorno inducido por el alcohol (véase la nota de codificación de la intoxicación o abstinencia alcohólicas, o de un trastorno mental específico inducido por el alcohol). Por ejemplo, si existe un trastorno por consumo de alcohol y una intoxicación alcohólica concomitantes, solamente se indica el código de la intoxicación por alcohol, cuyo carácter en 4ª posición indica si el trastorno concomitante por consumo alcohólico es leve, moderado o grave: F10.129 para un trastorno leve por consumo de alcohol con una intoxicación por alcohol, o F10.229 para un trastorno moderado o grave por consumo de alcohol con una intoxicación por alcohol.

Especificar la gravedad actual:

305.00 (F10.10) Leve: Presencia de 2-3 síntomas.

303.90 (F10.20) Moderado: Presencia de 4-5 síntomas.

303.90 (F10.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Especificadores

"En un entorno controlado" se emplea como un especificador de la remisión si la persona se encuentra en remisión y en un entorno controlado; es decir, en remisión inicial en un entorno controlado o en remisión continuada en un entorno controlado. Algunos ejemplos de estos entornos son los centros penitenciarios con estrecha supervisión y libres de drogas, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas.

La gravedad del trastorno se basa en el número de criterios diagnósticos que se cumplen. Para una misma persona, los cambios en la gravedad del trastorno por consumo de alcohol a lo largo del tiempo se reflejan en la reducción de la frecuencia (p. ej., días de consumo al mes) y/o la dosis de alcohol consumida (p. ej., el número de bebidas al día), evaluada mediante el autoinforme del paciente, de sus allegados, de las observaciones del clínico y, cuando sea posible, por las pruebas biológicas (p. ej., la elevaciones en los análisis de sangre como las descritas para este trastorno en el apartado Marcadores diagnósticos).

Características diagnósticas

El trastorno por consumo de alcohol se define como una agrupación de síntomas comportamentales y físicos, entre los que están la abstinencia, la tolerancia y el deseo intenso de consumo. La abstinencia de alcohol se caracteriza por síntomas que se desarrollan entre 4 y 12 horas después de la reducción del consumo, tras la ingesta de alcohol de forma prolongada e intensa. Como la abstinencia de alcohol puede ser muy desagradable, las personas pueden seguir consumiendo a pesar de las consecuencias adversas, sobre todo para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia. Algunos de estos síntomas (p. ej., las alteraciones del sueño) pueden perdurar durante meses a baja intensidad y conllevar una recaída. Una vez que se desarrolla un patrón repetitivo e intenso de consumo, las personas con trastorno por consumo de alcohol pueden emplear gran cantidad de tiempo en obtener y consumir bebidas alcohólicas.

El deseo intenso de consumo de alcohol se evidencia por una gran urgencia o necesidad de beber que dificulta el pensamiento de cualquier otra cosa y que suele desembocar en el comienzo de la ingesta. Los rendimientos académico y laboral pueden deteriorarse por los efectos tras el consumo o por las intoxicaciones tanto en los lugares de trabajo como de estudio, puede descuidarse tanto el cuidado de los hijos como las responsabilidades domésticas, y suele ser habitual el absentismo académico y laboral. La persona podría consumir alcohol incluso en circunstancias peligrosas (p. ej., al conducir un coche, nadar y operar con maquinaria). Finalmente, las personas con trastorno por consumo de alcohol pueden continuar con el consumo a pesar de que saben que dicho comportamiento les ocasiona problemas físicos significativos (p. ej., amnesia, afección hepática), psicológicos (p. ej., depresión), sociales o interpersonales (p. ej., discusiones violentas con la pareja, abuso infantil).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El trastorno por consumo de alcohol suele asociarse a los mismos problemas que aparecen con el consumo de otras sustancias (p. ej., el cannabis, la cocaína, la heroína, las anfetaminas, los sedantes, los hipnóticos o los ansiolíticos). Se puede consumir alcohol para aliviar los efectos indeseados de otras sustancias o para sustituir a éstas si no están disponibles. Algunos síntomas, como los problemas de conducta, la depresión, la ansiedad y el insomnio, suelen acompañar el consumo abusivo, y en ocasiones pueden precederlo.

La ingesta repetida de altas dosis de alcohol puede afectar a casi todos los sistemas orgánicos, especialmente el tracto gastrointestinal, el sistema cardiovascular y los sistemas nerviosos central y periférico. Los efectos gastrointestinales son las gastritis, las úlceras estomacales o duodenales y, en aproximadamente un 15 T. de las personas con consumo grave, la cirrosis hepática y/o la pancreatitis. También presentan un riesgo incrementado de cáncer de esófago, de estómago y de otras partes del tracto gastrointestinal. Una de las afecciones asociada con mayor frecuencia es la hipertensión de bajo grado. La cardiomiopatía y otras miopatías son menos frecuentes, pero pueden aparecer en los gran-

des consumidores. Estos factores, junto con el incremento de los niveles de triglicéridos y de colesterol LDL, contribuyen a elevar el riesgo de afección cardíaca. La neuropatía periférica puede manifestarse como debilidad muscular, parestesias y disminución de la sensibilidad periférica. Entre los efectos del sistema nervioso central se encuentran los déficits cognitivos, la amnesia grave y los cambios degenerativos en el cerebelo. Estos efectos se relacionan directamente con el alcohol, con los traumatismos y con las deficiencias de vitaminas (particularmente de las vitaminas del grupo B, incluyendo la tiamina). Un efecto poco frecuente, aunque devastador, del sistema nervioso central es el trastorno amnésico persistente inducido por el alcohol, o síndrome Wernicke-Korsakoff, en el que se daña gravemente la capacidad de codificar nueva información. Esta afección se describe en el capítulo de Trastornos neurocognitivos y se recoge bajo el término *Trastorno neurocognitivo inducido por sustancias/medicamentos*.

El trastorno por consumo de alcohol es un factor importante para el riesgo de suicidio durante la intoxicación grave y en el contexto de un trastorno depresivo inducido por el alcohol. También existe una tasa elevada de comportamientos suicidas y de suicidios consumados en las personas con este trastorno.

Prevalencia

El trastorno por consumo de alcohol es frecuente. En Estados Unidos, la prevalencia a los 12 meses para el trastorno por consumo de alcohol se estima en un 4,6 % en los adolescentes de entre 12 y 17 años y en un 8,5 % en los adultos mayores de 18 años. Las tasas del trastorno son mayores en los hombres adultos (12,4 %) que en las mujeres (4,9 %). La prevalencia a los 12 meses del trastorno por consumo de alcohol en los adultos disminuye en la madurez, y alcanza la tasa más elevada entre los 18 y los 29 años (16,2 %), y la mínima en las personas con más de 65 años (1,5 %).

La prevalencia a los 12 meses difiere notablemente en cada subgrupo racial/étnico de la población norteamericana. De los 12 a los 17 años, las tasas son superiores en los hispanos (6,0 %) y en los americanos nativos y de Alaska (5,7 %), en comparación con los blancos (5,0 %), los afroamericanos (1,8 %) y los americanos asiáticos y de las islas del Pacífico (1,6 %). Por el contrario, en la edad adulta, esta prevalencia es claramente mayor entre los americanos nativos y de Alaska (12,1 %) que entre los blancos (8,9 %), los hispanos (7,9 %), los afroamericanos (6,9 %), y los americanos asiáticos y de las islas del Pacífico (4,5 %).

Desarrollo y curso

El primer episodio de intoxicación por alcohol suele suceder hacia la mitad de la adolescencia. Los problemas relacionados con el alcohol que no cumplen todos los criterios de trastorno de consumo o los problemas aislados suelen suceder antes de los 20 años, pero la edad de inicio del trastorno por consumo de alcohol con dos o más criterios alcanza el máximo en la adolescencia tardía o al inicio o la mitad de la veintena. La gran mayoría que desarrolla trastornos relacionados con el alcohol los desarrolla al final de la treintena. Las primeras evidencias de la abstinencia no suelen aparecer hasta que no se desarrollan otros aspectos del trastorno por consumo de alcohol. El inicio temprano del trastorno por consumo de alcohol se observa en los adolescentes con problemas de comportamiento preexistentes y en aquellos con un inicio precoz de la intoxicación.

El trastorno por consumo de alcohol tiene un curso variable y se caracteriza por períodos de remisión y de recaída. La decisión para abandonar el consumo suele responder a una crisis, y es probable que se acompañe de semanas o meses de abstinencia, seguidos de períodos limitados de bebida controlada o no problemática. No obstante, una vez que se retoma la ingesta de alcohol, es muy probable que el consumo se incremente de forma rápida y que reaparezcan los problemas graves.

El trastorno por consumo de alcohol suele percibirse erróneamente como una afección intratable, basándose quizás en el hecho de que las personas que acuden a tratamiento tienen frecuentemente antecedentes de haber tenido problemas graves relacionados con el alcohol durante muchos años. Sin embargo, estos casos tan graves representan sólo una pequeña proporción de personas con este trastorno, y el individuo típico con este trastorno tiene un pronóstico mucho más alentador.

Entre los adolescentes, el trastorno de conducta y el comportamiento antisocial persistente suelen aparecer de forma concomitante con el trastorno por consumo de alcohol y otras sustancias. Aunque la mayoría de las personas con el trastorno por consumo de alcohol desarrolla la afección antes de los 40 años, alrededor de un 10 % presentan un inicio tardío. Los cambios físicos relacionados con la edad en las personas mayores conllevan una susceptibilidad cerebral incrementada a los efectos depresivos del alcohol, disminuyen las tasas de metabolismo hepático de ciertas sustancias, incluido el alcohol, y hay un menor porcentaje de agua corporal. Estos cambios pueden provocar que las personas mayores desarrollen intoxicaciones más graves y otros problemas derivados con menores ingestas. Los problemas relacionados con el alcohol de las personas mayores se suelen asociar de una manera especial con otras complicaciones médicas.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. Comprenden las actitudes culturales hacia la bebida y la intoxicación, la disponibilidad del alcohol (incluido el precio), las experiencias personales adquiridas con el alcohol y los niveles de estrés. Entre los mediadores potenciales para el desarrollo de problemas con el alcohol en las personas predispuestas se encuentran el consumo grave de sustancias entre los compañeros, las expectativas positivas exageradas sobre los efectos del alcohol y las habilidades inadecuadas para el afrontamiento del estrés.

Genéticos y fisiológicos. El trastorno por consumo de alcohol se da en familias, con un 40-60 % de la varianza del riesgo que se explica por las influencias genéticas. La tasa de este trastorno es de entre 3 y 4 veces mayor en los parientes cercanos de las personas con trastorno por consumo de alcohol, con valores más elevados para las personas con un mayor número de familiares afectados, con mayor carga genética compartida y con familiares con problemas más graves relacionados con el alcohol. Los gemelos monocigóticos presentan una tasa más elevada de trastorno por consumo de alcohol que los dicigóticos. El riesgo es entre el triple y el cuádruple para los hijos de las personas con trastorno por consumo de alcohol, incluso en aquellos casos en los que los niños fueron adoptados al nacer y los han criado padres adoptivos que no tenían el trastorno.

Los últimos avances en el conocimiento de los genes que operan a través de las características intermediarias (o fenotipos), que afectan al riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de alcohol, pueden ayudar a identificar a las personas que son particularmente vulnerables. Entre los fenotipos de bajo riesgo están aquellos que sufren un enrojecimiento agudo de la piel relacionado con el alcohol (muy prominente entre los asiáticos). Existe una vulnerabilidad mayor cuando se asocia a un trastorno psicótico o bipolar preexistente, así como a impulsividad (proclives a consumir todas las sustancias y al juego patológico) y a un nivel menor de respuesta (baja sensibilidad) al alcohol. Un cierto número de variaciones genéticas puede explicar la baja respuesta al alcohol o la modulación de los sistemas de recompensa dopaminérgica. Sin embargo, es importante tener en cuenta que cualquier variación genética explica solamente un 1-2 % del riesgo de desarrollar estos trastornos.

Modificadores del curso. En general, los altos niveles de impulsividad se asocian con un inicio precoz y una mayor gravedad del trastorno por consumo de alcohol.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

En la mayoría de las culturas, el alcohol es la sustancia que se emplea con más frecuencia para intoxicarse y que contribuye de forma notable a la morbilidad y la mortalidad. Se estima que un 3,8 % de todas las muertes globales y un 4,6 % de los años de vida ajustados en función de la discapacidad son atribuibles al alcohol. En Estados Unidos, un 80 % de los adultos (mayores de 18 años) ha consumido alcohol alguna vez en la vida, y un 65 % son bebedores actualmente (en los últimos 12 meses). Se calcula que un 3,6 % de la población mundial (entre 15 y 64 años) presenta un trastorno por consumo de alcohol en la actualidad (12 meses), con una menor prevalencia (1,1 %) en zonas de África, una tasa más elevada (5,2 %) en el continente americano (incluyendo desde el Norte al Sur de América y la zona del Caribe), y la mayor prevalencia (10,9 %) en la Europa del Este.

Los polimorfismos de los genes de las enzimas que metabolizan el alcohol, la alcohol deshidrogenasa y la aldehído deshidrogenasa, se han obtenido sobre todo en los asiáticos y afectan a la respuesta al alcohol. Cuando las personas con estas variaciones genéticas consumen alcohol suelen ruborizarse y experimentar palpitaciones, que pueden ser tan graves que pueden ocasionar que se limite o evite el consumo futuro de alcohol y, por tanto, se reduce el riesgo de trastorno por consumo de alcohol. Estas variaciones genéticas se producen en, al menos, un 40 % de los japoneses, chinos, coreanos y grupos relacionados en todo el mundo, y éstos son los que menor riesgo tienen de desarrollar este trastorno.

A pesar de que existen algunas pequeñas variaciones en los criterios individuales, los criterios diagnósticos funcionan de manera similar en la mayor parte de los grupos raciales /étnicos.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Los hombres presentan mayores tasas de consumo de alcohol y de trastornos relacionados que las mujeres. Sin embargo, puesto que las mujeres suelen pesar menos que los hombres, tienen más grasa y menos agua corporal, y metabolizan menos el alcohol en el esófago y en el estómago, son más proclives a desarrollar mayores niveles de alcohol en sangre por bebida que los hombres. Las mujeres que beben mucho son también más vulnerables a padecer las consecuencias físicas asociadas al alcohol, incluidas las afecciones hepáticas.

Marcadores diagnósticos

Las personas con un patrón de consumo intenso, que implica un riesgo más elevado de desarrollar un trastorno por consumo de alcohol, se pueden identificar tanto por medio de cuestionarios estandarizados como por los resultados de las analíticas de sangre. Estas medidas no establecen un diagnóstico, pero pueden ser útiles a la hora de seleccionar a las personas que se deberían explorar con mayor profundidad. La prueba más directa disponible para medir el consumo de alcohol de manera transversal es la *concentración de alcohol en sangre*, que además puede emplearse para determinar la tolerancia al alcohol. Por ejemplo, una persona con una concentración de 150 mg de etanol por decilitro (dL) de sangre, que no muestra signos de intoxicación, hace sospechar que ha desarrollado al menos algún grado de tolerancia al alcohol. Las personas que no han desarrollado tolerancia y que tienen niveles de 200 mg/dL presentan signos graves de intoxicación.

Respecto a las pruebas de laboratorio, un indicador sensible de consumo grave es una elevación moderada (> 35 unidades) de la gamma-glutamilttransferasa (GGT). Éste puede ser el único resultado de laboratorio. Al menos un 70 % de las personas con altos niveles de GGT bebedor grave persistente (consumidores de 8 o más bebidas diarias de forma habitual). Una segunda prueba con niveles comparables de sensibilidad y especificidad es la transferrina sérica deficiente en carbohidratos (CDT), cuyos niveles de 20 unidades o más identifican a las personas con un consumo regular de 8 o más bebidas diarias. Puesto que los niveles de GGT y de CDT vuelven a la normalidad en cuestión de días o semanas tras haber cesado el consumo, pueden ser también de utilidad para controlar la abstinencia, especialmente cuando el clínico observa un incremento, en lugar de una disminución, en estos valores a lo largo del tiempo, lo que sugiere que la persona puede haber recaído en el consumo intenso. La combinación de las pruebas de CDT y GGT tiene mayor sensibilidad y especificidad en conjunto que cada prueba por separado. Otras pruebas de utilidad son el volumen corpuscular medio (VCM), que está elevado en las personas con un consumo intenso debido a los efectos tóxicos directos del alcohol sobre la eritropoyesis. Aunque el VCM puede ser de ayuda para detectar a las personas con consumo grave, es un método deficiente para seguir la abstinencia, dada la larga vida media de los glóbulos rojos. Las pruebas de función hepática (p. ej., la alanina aminotransferasa [ALT] y la fosfatasa alcalina) pueden indicar daño hepático como consecuencia del consumo grave. Otros marcadores potenciales, que no son específicos para el alcohol pero que pueden ayudar al clínico a detectar posibles efectos del alcohol, son las elevaciones en los niveles sanguíneos de lípidos (p. ej., los triglicéridos y el colesterol LDL) y de ácido úrico.

Los marcadores diagnósticos adicionales se relacionan con los signos y los síntomas que reflejan las consecuencias que frecuentemente se asocian con un consumo grave persistente. Por ejemplo, la dis-

pepsia, las náuseas y la distensión abdominal pueden acompañar a la gastritis, y la hepatomegalia, las varices esofágicas y las hemorroides pueden reflejar los cambios inducidos por el alcohol en el hígado. Otros signos de consumo grave pueden ser el temblor, la marcha inestable, el insomnio y la disfunción eréctil. Los hombres con consumo crónico de alcohol pueden presentar un tamaño testicular reducido y efectos feminizantes asociados con la reducción de los niveles de testosterona. El consumo grave persistente en las mujeres se asocia a irregularidades menstruales, y durante el embarazo se asocia con el aborto espontáneo y con el síndrome alcohólico fetal. Las personas con antecedentes previos de epilepsia o traumatismo cerebral grave son más proclives a desarrollar crisis comiciales en relación con el alcohol. La abstinencia del alcohol se asocia con náuseas, vómitos, gastritis, hematemesis, sequedad de boca, abotargamiento facial y piel alterada, así como con un edema periférico leve.

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de alcohol

Entre las características diagnósticas del trastorno por consumo de alcohol destacan las principales áreas del funcionamiento vital que probablemente se hayan deteriorado. Éstas comprenden la conducción y el manejo de maquinaria, el trabajo y la escuela, las relaciones interpersonales y la comunicación, y la salud. Los trastornos relacionados con el alcohol son responsables de absentismo laboral, de accidentes laborales y de baja productividad del empleado. Las tasas son elevadas en las personas sin techo, lo que puede reflejar la espiral descendente en el funcionamiento social y laboral. De todas formas, la mayoría de las personas con trastorno por consumo de alcohol continúa viviendo con su familia y funciona dentro de sus puestos de trabajo.

El trastorno por consumo de alcohol se asocia con un aumento significativo en el riesgo de accidentes, violencia y suicidio. Se estima que una de cada cinco admisiones en las unidades de cuidados intensivos de algunos hospitales urbanos se relaciona con el alcohol, y que el 40 % de las personas en Estados Unidos experimenta un evento adverso relacionado con el alcohol en algún momento de sus vidas. El alcohol está involucrado hasta en un 55 % de los accidentes de tráfico mortales. El trastorno por consumo de alcohol grave, especialmente en las personas con trastorno antisocial de la personalidad, se asocia a la comisión de actos delictivos, entre ellos el homicidio. El consumo de alcohol grave problemático también produce desinhibición y sentimientos de tristeza e irritabilidad, que favorecen los intentos de suicidio y los suicidios consumados. La abstinencia imprevista de alcohol en los individuos hospitalizados por haberse pasado por alto un diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol puede aumentar los riesgos y los costes de hospitalización y el tiempo de estancia en el hospital.

Diagnóstico diferencial

Uso no patológico de alcohol. El elemento clave del trastorno por consumo de alcohol es el uso de dosis altas de alcohol con un malestar recurrente y significativo o con un funcionamiento deteriorado. Aunque la mayoría de los bebedores a veces consume suficiente alcohol como para sentirse intoxicados, sólo una minoría (menos del 20 %) desarrollará el trastorno. Por lo tanto, el consumo en dosis bajas, incluso a diario, y la embriaguez ocasional no son suficientes para realizar este diagnóstico.

Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Los signos y síntomas del trastorno por consumo de alcohol son similares a los observados en el trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Los dos se deberían distinguir, sin embargo, porque el curso puede ser diferente, especialmente en relación con los problemas médicos.

Trastorno de conducta infantil y el trastorno de personalidad antisocial en el adulto. El trastorno por consumo de alcohol, junto con otros trastornos por consumo de sustancias, se ve en la mayoría de las personas con trastorno antisocial de la personalidad y cuando hay un trastorno de conducta preexistente. Debido a que estos diagnósticos se asocian con un inicio temprano del trastorno por consumo de alcohol, así como con un peor pronóstico, es importante establecer ambas entidades.

Comorbilidad

Los trastornos bipolares, la esquizofrenia y el trastorno antisocial de la personalidad, además de algunos trastornos depresivos y de ansiedad, se asocian con un aumento notable de la tasa de tras-

torno por consumo de alcohol. Al menos una parte de la asociación descrita entre la depresión y el trastorno por consumo de alcohol moderado o grave se puede atribuir a los síntomas comórbidos depresivos temporales inducidos por el alcohol, que son el resultado de los efectos agudos de la intoxicación o de la abstinencia. La intoxicación repetida grave también puede suprimir los mecanismos inmunes y predisponer a las personas a las infecciones y aumentar el riesgo de cáncer.

Intoxicación por alcohol

Criterios diagnósticos

- A. Ingesta reciente de alcohol.
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej., comportamiento sexual inapropiado o agresivo, cambios de humor, juicio alterado) que aparecen durante o poco después de la ingesta de alcohol.
- C. Uno (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de alcohol:
 - 1. Habla disártrica.
 - 2. Descoordinación.
 - 3. Marcha insegura.
 - 4. Nistagmo.
 - 5. Alteración de la atención o de la memoria.
 - 6. Estupor o coma.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **303.00**. El código CIE-10-MC dependerá de si existe un trastorno concomitante por consumo de alcohol. Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de alcohol, el código CIE-10-MC es **F10.129**; si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de alcohol, el código CIE-10-MC es **F10.229**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de alcohol, entonces el código CIE-10-MC es **F10.929**.

Características diagnósticas

La característica esencial de la intoxicación por alcohol es la presencia de cambios de comportamiento o psicológicos problemáticos clínicamente significativos (p. ej., comportamiento sexual inapropiado o agresivo, labilidad emocional, deterioro del juicio, deterioro de la actividad social o laboral) que se desarrollan durante o poco tiempo después de la ingesta de alcohol (Criterio B). Estos cambios se acompañan de la evidencia de problemas del funcionamiento y del juicio y, si la intoxicación es intensa, puede ocasionar un coma con riesgo vital. Los síntomas no deben ser atribuibles a otra afección médica (p. ej., la cetoacidosis diabética), no son un reflejo de alteraciones tales como el delirium, y no están relacionados con la intoxicación por otras drogas depresoras (p. ej., las benzodiazepinas) (Criterio D). Los niveles de falta de coordinación pueden interferir con las habilidades de conducción y con el rendimiento en las actividades habituales hasta el punto de causar accidentes. La evidencia del consumo de alcohol se puede obtener por el olor a alcohol en el aliento de la persona, al recabar información del individuo o de otro observador y, cuando sea necesario, realizándole al individuo análisis toxicológicos del aliento, la sangre o la orina.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

La intoxicación por alcohol se asocia a veces con una amnesia de los acontecimientos ocurridos durante el transcurso de la intoxicación (lagunas mentales). Este fenómeno puede estar relacionado con la presencia de un alto nivel de alcohol en la sangre y, tal vez, con la rapidez con la que se alcanza este nivel. Incluso durante una intoxicación por alcohol leve, es probable que se observen diferentes síntomas en

diferentes momentos. En la mayoría de las personas se muestran evidencias de intoxicación de alcohol leve tras aproximadamente dos bebidas (cada bebida estándar es de aproximadamente 10 a 12 gramos de etanol y eleva la concentración de alcohol en sangre aproximadamente 20 mg/dL). Al comenzar a beber, cuando los niveles de alcohol en la sangre están aumentando, los síntomas que se presentan son la locuacidad, la sensación de bienestar y el humor expansivo optimista. Posteriormente, y especialmente cuando los niveles de alcohol en la sangre están disminuyendo, es probable que la persona se torne progresivamente más deprimida, retraída y que tenga dificultades cognitivas. Con unos niveles muy altos de alcohol en sangre (p. ej., 200-300 mg/dL) es probable que una persona, que no ha desarrollado tolerancia al alcohol, se quede dormida y entre en una primera fase de anestesia. Si estos niveles son más elevados (p. ej., por encima de 300-400 mg/dL) se puede producir la inhibición de la respiración y el pulso, e incluso la muerte en los individuos no tolerantes. La duración de la intoxicación depende de la cantidad de alcohol que se ha consumido y durante cuánto tiempo se ha hecho. En general, el cuerpo es capaz de metabolizar aproximadamente una bebida por hora, por lo que el nivel de alcohol en la sangre suele disminuir a un ritmo de 15 a 20 mg/dL por hora. Los signos y síntomas de intoxicación suelen ser más intensos cuando se está elevando el nivel de alcohol en la sangre que cuando está disminuyendo.

La intoxicación por alcohol es un importante factor que contribuye a la conducta suicida. Parece que hay una mayor tasa de conductas suicidas, así como de suicidio consumado, entre las personas intoxicadas por alcohol.

Prevalencia

La gran mayoría de los consumidores de alcohol ha sufrido intoxicación en algún grado a lo largo de su vida. Por ejemplo, en 2010, el 44 % de los estudiantes de 2º de Bachillerato admitió haber estado borracho en el último año, y más del 70 % de los estudiantes universitarios afirmó lo mismo.

Desarrollo y curso

La intoxicación aparece generalmente como un episodio que suele durar desde minutos a horas aunque lo más frecuente es que se prolongue varias horas. En Estados Unidos, la edad promedio de la primera intoxicación es aproximadamente los 15 años, con la prevalencia más alta en aproximadamente desde los 18 a los 25 años. La frecuencia y la intensidad generalmente disminuyen con el paso de los años. Cuanto más pronto se produzca el inicio de las intoxicaciones habituales, mayor será la probabilidad de que el individuo desarrolle un trastorno por consumo de alcohol.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los episodios de intoxicación por alcohol son más frecuentes en las personas con una personalidad caracterizada por la búsqueda de sensaciones y la impulsividad.

Ambientales. Los episodios de intoxicación por alcohol son más frecuentes en los contextos de ingesta intensa.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Las principales cuestiones con respecto al uso de alcohol, en general, se asemejan en las diferentes culturas. De este modo, las fraternidades y hermandades universitarias pueden alentar la intoxicación por alcohol. Este hecho también es frecuente en determinadas fechas de importancia cultural (p. ej., la víspera de Año Nuevo) y para algunos subgrupos durante eventos específicos (p. ej., el velatorio antes del funeral). Otros subgrupos animan a beber en las celebraciones religiosas (p. ej., las fiestas católicas y judías), mientras que otros desaconsejan todo consumo de alcohol o intoxicación (p. ej., algunos grupos religiosos, como los mormones, los cristianos fundamentalistas y los musulmanes).

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Históricamente, en muchas sociedades occidentales se tolera más la bebida y la embriaguez en los varones, pero tales diferencias de género pueden ser mucho menos importantes en los últimos años, especialmente durante la adolescencia y la edad adulta joven.

Marcadores diagnósticos

La intoxicación se suele detectar mediante la observación del comportamiento y el olor a alcohol (fedor alcohólico) de un individuo. El grado de la intoxicación aumenta según el nivel de alcohol en la sangre o en el aliento y cuando se han ingerido otras sustancias, en especial las que tienen efectos sedantes.

Consecuencias funcionales de la intoxicación por alcohol

La intoxicación por alcohol contribuye a las más de 30.000 muertes por consumo de alcohol en Estados Unidos cada año. Además, los efectos de la intoxicación, como conducir en estado de embriaguez, el absentismo académico y laboral, las discusiones interpersonales y las agresiones físicas, suponen una carga económica enorme.

Diagnóstico diferencial

Otras afecciones médicas. Hay varias afecciones médicas (p. ej., acidosis diabética) y neurológicas (p. ej., ataxia cerebelosa, esclerosis múltiple) que puede parecerse temporalmente a una intoxicación por alcohol.

Intoxicación de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. La intoxicación por medicamentos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos u otras sustancias sedantes (p. ej., los antihistamínicos, los anticolinérgicos) puede confundirse con la intoxicación por alcohol. El diagnóstico diferencial requiere detectar el fedor alcohólico, la medición de los niveles de alcohol en la sangre o en el aliento, la exploración médica y la recopilación de una buena historia. Los signos y síntomas de intoxicación por sedantes e hipnóticos son muy similares a los observados con el alcohol y entrañan cambios problemáticos del comportamiento o psicológicos similares. Estos cambios se acompañan de indicios de alteración del funcionamiento y del razonamiento que, de ser intensos, puede dar lugar a un coma con riesgo vital, y de niveles de descoordinación, que puede interferir con la capacidad de conducción y con la realización de las actividades cotidianas. Sin embargo, no hay olor, como sucede con el alcohol, pero es probable que se encuentre evidencia del consumo de la droga depresiva en los resultados toxicológicos de la sangre o la orina.

Comorbilidad

La intoxicación por alcohol puede producirse de manera comórbida con otra intoxicación por sustancias, sobre todo en las personas con un trastorno de la conducta o con trastorno de la personalidad antisocial.

Abstinencia de alcohol

Criterios diagnósticos

- A. Cese (o reducción) de un consumo de alcohol que ha sido muy intenso y prolongado.
- B. Aparecen dos (o más) de los signos o síntomas siguientes a las pocas horas o pocos días de cesar (o reducir) el consumo de alcohol descrito en el Criterio A:
 - 1. Hiperactividad del sistema nervioso autónomo (p. ej. sudoración o ritmo del pulso superior a 100 lpm).
 - 2. Incremento del temblor de las manos.
 - 3. Insomnio.
 - 4. Náuseas o vómitos.
 - 5. Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas.
 - 6. Agitación psicomotora.
 - 7. Ansiedad.
 - 8. Convulsiones tónico-clónicas generalizadas.
- C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental, incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia.

Especificar si:

Con alteraciones de la percepción: Este especificador se aplica en las raras circunstancias en las que aparecen alucinaciones (habitualmente visuales o táctiles) con un juicio de realidad inalterado, o aparecen ilusiones auditivas, visuales o táctiles, en ausencia de delirium.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **291.81**. El código CIE-10-MC para la abstinencia de alcohol sin alteraciones de la percepción es **F10.239** y el código CIE-10-MC para la abstinencia de alcohol con alteraciones de la percepción es **F10.232**. Obsérvese que el código CIE-10-MC indica la presencia concomitante de un trastorno moderado o grave por consumo de alcohol, lo que refleja el hecho de que la abstinencia alcohólica solamente aparece en presencia de un trastorno moderado o grave por consumo de alcohol. No es admisible codificar un trastorno concomitante leve por consumo de alcohol con una abstinencia alcohólica.

Especificadores

Cuando las alucinaciones se producen en ausencia de delirium (es decir, en un estado sensorial lúcido), debe considerarse el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos.

Características diagnósticas

La característica esencial de la abstinencia de alcohol es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla tras varias horas o pocos días después del cese (o la reducción) del consumo intensivo y prolongado de alcohol (Criterios A y B). El síndrome de abstinencia incluye dos o más síntomas que reflejan la hiperactividad autonómica y la ansiedad enumeradas en el criterio B, junto con los síntomas gastrointestinales.

Los síntomas de abstinencia provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). Los síntomas no deben ser atribuibles a otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., el trastorno de ansiedad generalizada), incluyendo la intoxicación o la abstinencia de otra sustancia (p. ej., sedantes, hipnóticos o ansiolíticos) (Criterio D). Los síntomas pueden aliviarse mediante la administración de alcohol o benzodiazepinas (p. ej., diazepam). Los síntomas de abstinencia suelen comenzar cuando las concentraciones en sangre de alcohol disminuyen notablemente (es decir, en el plazo de 4-12 horas) después de que se haya detenido o reducido el consumo de alcohol. Como reflejo del metabolismo relativamente rápido del alcohol, los síntomas de abstinencia de alcohol presentan el pico de intensidad durante el segundo día de abstinencia y son susceptibles de mejorar notablemente al cuarto o quinto días. Tras la abstinencia aguda, sin embargo, los síntomas de ansiedad, el insomnio y la disfunción autonómica pueden persistir hasta 3-6 meses con menor intensidad.

Menos del 10 % de las personas que desarrollan abstinencia de alcohol desarrollará alguna vez síntomas radicales (p. ej., una hiperactividad autonómica grave, temblores, delirium). Las convulsiones tónico-clónicas generalizadas ocurren en menos del 3 % de las personas.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Aunque la confusión y los cambios en la conciencia no son criterios básicos para la abstinencia de alcohol, puede aparecer un delirium (véase Delirium en el capítulo de trastornos neurocognitivos). Tal y como ocurre con cualquier estado confuso y agitado, independientemente de la causa que lo produzca, puede aparecer un estado confusional, además de una alteración de la conciencia y de la cognición, y alucinaciones visuales, táctiles o (raramente) auditivas (*delirium tremens*). Cuando se desarrolla el delirium de la abstinencia del alcohol, es probable que exista una afección médica importante a nivel clínico (p. ej., una insuficiencia hepática, una neumonía, una hemorragia gastrointestinal, las secuelas de un traumatismo craneoencefálico, una hipoglucemia, un desequilibrio electrolítico o un estado posoperatorio).

Prevalencia

Se estima que aproximadamente el 50 % de las personas con un trastorno por consumo de alcohol de clase media y altamente funcionales ha experimentado alguna vez un síndrome de abstinencia de alcohol completo. Entre las personas con este trastorno que están hospitalizadas o sin hogar, la tasa de abstinencia de alcohol puede ser mayor del 80 %. Menos del 10 % de los individuos en abstinencia llega a desarrollar un delirium o convulsiones.

Desarrollo y curso

La abstinencia de alcohol aguda se manifiesta como un episodio que suele durar 4-5 días y que sólo aparece tras períodos de consumo excesivo y prolongado. La abstinencia es relativamente rara en las personas menores de 30 años, y el riesgo y la gravedad aumentan con la edad.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. La probabilidad de desarrollar abstinencia de alcohol aumenta con la frecuencia y la cantidad de consumo de alcohol. La mayoría de las personas que presentan abstinencia bebe diariamente y consume grandes cantidades (aproximadamente más de ocho bebidas por día) durante varios años. Sin embargo, existen grandes diferencias entre individuos, con un riesgo incrementado para las personas con afecciones médicas comórbidas, con antecedentes familiares de síndrome de abstinencia de alcohol (es decir, un componente genético), con historia personal de abstinencias previas, y con consumo de fármacos sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Marcadores diagnósticos

La hiperactividad autonómica en el contexto de unos niveles de alcohol en sangre moderadamente altos pero en descenso y los antecedentes de un consumo excesivo de alcohol prolongado aumentan la probabilidad de una abstinencia de alcohol.

Consecuencias funcionales de la abstinencia de alcohol

Los síntomas de abstinencia pueden servir para perpetuar comportamientos con la bebida y contribuyen a la recaída, lo que ocasiona una alteración continuada del funcionamiento social y laboral. Los síntomas requieren que la desintoxicación se realice bajo supervisión médica, lo que implica el uso de recursos hospitalarios y la pérdida de productividad laboral. En general, la presencia de la abstinencia se asocia con un mayor deterioro funcional y con mal pronóstico.

Diagnóstico diferencial

Otras afecciones médicas. Los síntomas de la abstinencia de alcohol pueden parecerse a algunas afecciones médicas (p. ej., hipoglucemia y cetoacidosis diabética). El temblor esencial, un trastorno que se da con frecuencia en los miembros de una misma familia, puede plantear erróneamente un diagnóstico de temblor asociado con la abstinencia de alcohol.

Abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Esta abstinencia produce un síndrome muy similar al del alcohol.

Comorbilidad

Es más probable que aparezca abstinencia con un consumo de alcohol más grave, y que se observe más a menudo en las personas con trastornos de personalidad antisocial y de conducta. Los estados de abstinencia también son más graves en las personas mayores, en las personas que también son dependientes de otras drogas depresoras (sedantes, hipnóticos o ansiolíticos) y en los individuos que han tenido más experiencias de abstinencia de alcohol en el pasado.

Otros trastornos inducidos por el alcohol

Los siguientes trastornos inducidos por el alcohol se describen en otros capítulos del manual, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por el alcohol (Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos); trastorno bipolar inducido por el alcohol (Trastorno bipolar y trastornos relacionados); trastorno depresivo inducido por el alcohol (Trastornos depresivos); trastorno de ansiedad inducido por el alcohol (Trastornos de ansiedad); trastorno del sueño inducido por el alcohol (Trastornos del sueño-vigilia); disfunción sexual inducida por el alcohol (Disfunciones sexuales), y trastorno neurocognitivo mayor o leve (Trastornos neurocognitivos). Con respecto al delirium por intoxicación alcohólica y al delirium por abstinencia de alcohol, véanse los criterios y la discusión del delirium en el capítulo Trastornos neurocognitivos. Estos trastornos provocados por el alcohol solamente se diagnostican en lugar de la intoxicación o la abstinencia alcohólicas cuando los síntomas son lo suficientemente graves para requerir una atención clínica independiente.

Características

Los perfiles de los síntomas de una afección inducida por el alcohol se parecen a los trastornos mentales independientes, como se describe en otro lugar del DSM-5. Sin embargo, el trastorno inducido por el alcohol es temporal y se observa después de la intoxicación grave con o sin abstinencia de alcohol. Aunque los síntomas pueden ser idénticos a los de los trastornos mentales independientes (p. ej., la psicosis, el trastorno depresivo mayor), y a pesar de que pueden tener las mismas consecuencias graves (p. ej., intento de suicidio), el trastorno inducido por el alcohol es susceptible de mejorar sin tratamiento formal en cuestión de días o semanas después de la interrupción de la intoxicación grave y/o de la abstinencia.

Cada trastorno mental inducido por el alcohol aparece en la sección de diagnóstico y, por tanto, aquí sólo se ofrece una breve descripción. Los trastornos inducidos por el alcohol deben haberse desarrollado en el contexto de la intoxicación grave y/o una abstinencia de la sustancia capaz de producir el trastorno mental. Además, ha de haber la evidencia de que el trastorno que se observa no se puede explicar mejor por otro trastorno mental no inducido por el alcohol. Este último es probable que aparezca si el trastorno mental ya estaba presente antes de la intoxicación o de la abstinencia agudas, o si continúa más de un mes después del cese de la intoxicación o de la abstinencia agudas. Cuando los síntomas se observan sólo durante un delirium, deben ser considerados como parte del delirium y no se deberían diagnosticar por separado, ya que muchos síntomas (entre los que están los trastornos del estado de ánimo, la ansiedad y las pruebas de realidad) se observan con frecuencia en los estados confusionales de agitación. El trastorno inducido por el alcohol debe tener relevancia clínica y debe causar significativos niveles de malestar o un deterioro funcional de importancia. Por último, existen evidencias de que el consumo de sustancias de abuso, en el contexto de un trastorno mental preexistente, aumenta la probabilidad de que se agrave el síndrome independiente preexistente. Las características asociadas con cada trastorno mental grave relevante (p. ej., los episodios psicóticos, el trastorno depresivo mayor) son similares tanto si éste aparece de forma independiente o inducido por el alcohol. Sin embargo, las personas con trastornos inducidos por el alcohol tienden a mostrar también la clínica asociada a un trastorno por consumo de alcohol, tal y como se indica en las subsecciones de este capítulo.

Las tasas de trastornos inducidos por el alcohol varían un poco por categoría diagnóstica. Por ejemplo, el riesgo vital para los episodios depresivos mayores en las personas con trastorno por consumo de alcohol es de aproximadamente un 40 %, pero sólo alrededor de un tercio o la mitad de ellos presenta los síndromes depresivos fuera del contexto de la intoxicación. Se han registrado tasas similares de trastornos del sueño y de ansiedad inducidos por el alcohol, pero los episodios psicóticos inducidos son bastante raros.

Desarrollo y curso

Una vez presentes, es probable que los síntomas de la afección inducida por el alcohol permanezcan clínicamente relevantes, siempre y cuando la persona continúe experimentando una intoxicación y/o

una abstinencia graves. Aunque los síntomas son idénticos a los de los trastornos mentales independientes (p. ej., la psicosis, el trastorno depresivo mayor) y a pesar de que pueden tener las mismas consecuencias graves (p. ej., intentos de suicidio), todos los síndromes inducidos por el alcohol, que no sean el trastorno neurocognitivo inducido por el alcohol y el amnésico de tipo confabulatorio (trastorno amnésico persistente inducido por el alcohol), son susceptibles de mejorar con relativa rapidez independientemente de la gravedad de los síntomas y tienen pocas probabilidades de mantenerse clínicamente relevante más de un mes después de la interrupción de la intoxicación y/o la abstinencia graves.

Los trastornos inducidos por el alcohol son una parte importante de los diagnósticos diferenciales para los trastornos mentales independientes. La esquizofrenia, el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar y los trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico, es probable que se asocien con períodos mucho más duraderos de síntomas y suelen requerir medicamentos a más largo plazo para optimizar la probabilidad de mejoría o recuperación. Por otra parte, las afecciones inducidas por el alcohol suelen ser mucho más cortas en cuanto a duración y desaparecen en cuestión de varios días a un mes después de la interrupción de la intoxicación y/o la abstinencia agudas, incluso sin medicamentos psicotrópicos.

Es igualmente importante reconocer un trastorno inducido por el alcohol que identificar el posible papel de algunas afecciones endocrinas y de las reacciones de la medicación antes de diagnosticar un trastorno mental independiente. En vista de la alta prevalencia del trastorno por consumo de alcohol a nivel mundial, es importante considerar la posibilidad de estos diagnósticos inducidos por el alcohol antes de diagnosticar otros trastornos mentales independientes.

Trastorno relacionado con el alcohol no especificado

291.9 (F10.99)

Esta categoría se aplica a las presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con el alcohol que causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con el alcohol o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos y trastornos adictivos relacionados con sustancias.

Trastornos relacionados con la cafeína

Intoxicación por cafeína

Abstinencia de cafeína

Otros trastornos inducidos por la cafeína

Trastorno relacionado con la cafeína no especificado

Intoxicación por cafeína

Criterios diagnósticos

305.90 (F15.929)

- A. Consumo reciente de cafeína (habitualmente una dosis que supera ampliamente los 250 mg).
- B. Cinco (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo de cafeína:
1. Intranquilidad.
 2. Nerviosismo.

3. Excitación.
 4. Insomnio.
 5. Rubor facial.
 6. Diuresis.
 7. Trastornos gastrointestinales.
 8. Espasmos musculares.
 9. Divagaciones de los pensamientos y del habla.
 10. Taquicardia o arritmia cardíaca.
 11. Períodos de infatigabilidad.
 12. Agitación psicomotora.
- C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Características diagnósticas

La cafeína que se consume procede de diferentes fuentes, entre las que están el café, el té, los refrescos con cafeína, las bebidas "energéticas", los analgésicos de venta sin receta, los medicamentos para el resfriado, los suplementos energéticos (p. ej., bebidas), los fármacos para bajar de peso y el chocolate. La cafeína también se utiliza cada vez más como aditivo de las vitaminas y de productos alimenticios. Más del 85 % de los niños y de los adultos consume cafeína con regularidad. Algunos consumidores de cafeína muestran síntomas compatibles con el consumo problemático, incluyendo la tolerancia y la abstinencia (véase Abstinencia de cafeína más adelante en este capítulo). En este momento no hay datos disponibles para determinar la importancia clínica del trastorno por consumo de cafeína y su prevalencia. En contraste, hay evidencia de que la abstinencia y la intoxicación de cafeína son clínicamente significativas y suficientemente prevalentes.

La característica esencial de la intoxicación por cafeína es el consumo reciente de cafeína y cinco o más signos o síntomas que se desarrollan durante o poco después del consumo de cafeína (Criterios A y B). Los síntomas son: agitación, nerviosismo, excitación, insomnio, rubor facial, diuresis y molestias gastrointestinales, y pueden aparecer a dosis bajas (p. ej., 200 mg) en los individuos vulnerables, como los niños, los ancianos o las personas que no han sido expuestas a la cafeína previamente. Los síntomas que generalmente aparecen con niveles de más de 1 g al día son: espasmos musculares, divagaciones del pensamiento y del habla, taquicardia o arritmia cardíaca, períodos de infatigabilidad y agitación psicomotora. La intoxicación por cafeína puede no ocurrir a pesar de un alto consumo de cafeína debido al desarrollo de la tolerancia. Los signos y síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro en lo social, laboral, o en otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). Los signos y síntomas no deben ser atribuibles a otra afección médica y no se deberían explicar mejor por otro trastorno mental (p. ej., un trastorno de ansiedad) o una intoxicación con otra sustancia (Criterio D).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las alteraciones leves sensoriales (p. ej., el zumbido en los oídos y los destellos de luz) pueden aparecer con dosis altas de cafeína. Aunque las grandes dosis de cafeína pueden aumentar la frecuencia cardíaca, las dosis más pequeñas pueden disminuir la frecuencia cardíaca. Todavía no se ha discernido sobre si el consumo excesivo de cafeína puede causar dolores de cabeza. Con la exploración física se pueden comprobar: agitación, inquietud, sudoración, taquicardia, enrojecimiento de la cara y el aumento de la motilidad intestinal. Los niveles de cafeína en sangre pueden proporcionar una información importante para el diagnóstico, particularmente cuando el individuo es un informante deficiente, aunque estos niveles no son diagnósticos por sí mismos en vista de la variación individual existente en la respuesta a la cafeína.

Prevalencia

La prevalencia de la intoxicación por cafeína en la población general no está clara. En Estados Unidos, aproximadamente el 7 % de las personas de la población general puede experimentar cinco o más síntomas, junto con deterioro funcional, que son compatibles con un diagnóstico de intoxicación por cafeína.

Desarrollo y curso

En consonancia con una vida media de la cafeína de aproximadamente 4-6 horas, los síntomas de intoxicación por cafeína remiten generalmente dentro de los primeros días y no tienen ninguna consecuencia duradera conocida. Sin embargo, las personas que consumen altas dosis de cafeína (por ejemplo, 5 a 10 g) pueden requerir atención médica inmediata, ya que dichas dosis pueden ser letales.

Con la edad, los individuos tienden a tener reacciones cada vez más intensas a la cafeína, con mayores quejas de interferencia con el sueño o sentimientos de hiperactivación. Se ha observado una intoxicación por cafeína en las personas jóvenes tras el consumo de productos de alto contenido en cafeína, incluyendo las bebidas energéticas. Los niños y los adolescentes pueden tener mayor riesgo de intoxicación debido a su bajo peso, a la falta de tolerancia y al escaso conocimiento sobre los efectos farmacológicos de la cafeína.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. La intoxicación se ve a menudo en personas que consumen cafeína con menos frecuencia o en las que han aumentado su consumo recientemente y de forma considerable. Además, los anticonceptivos orales disminuyen significativamente la eliminación de la cafeína y, en consecuencia, pueden aumentar el riesgo de intoxicación.

Genéticos y fisiológicos. Los factores genéticos pueden afectar al riesgo de intoxicación.

Consecuencias funcionales de la intoxicación por cafeína

El deterioro por una intoxicación puede tener graves consecuencias, entre ellas la disminución del rendimiento en el trabajo o la escuela, las indiscreciones sociales o el incumplimiento de las obligaciones. Por otra parte, las dosis muy altas de cafeína pueden ser peligrosas. En algunos casos, la intoxicación puede precipitar un trastorno inducido por cafeína.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos mentales. La intoxicación por cafeína se caracteriza por síntomas (p. ej., ataques de pánico) que se asemejan a los trastornos mentales primarios. Para cumplir con los criterios para la intoxicación por cafeína, los síntomas no deben asociarse con otra afección médica o con otro trastorno mental, como un trastorno de ansiedad, que pudiera explicarlos mejor. Los episodios maníacos, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, la intoxicación por anfetaminas, la abstinencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos o la abstinencia de tabaco, los trastornos del sueño, y los efectos colaterales inducidos por medicación (p. ej., la acatisia) pueden causar un cuadro clínico que es similar al de la intoxicación por cafeína.

Otros trastornos inducidos por cafeína. La relación temporal entre los síntomas y el aumento del consumo o la abstinencia de la cafeína ayudan a establecer el diagnóstico. La intoxicación por cafeína se diferencia del trastorno de ansiedad inducido por la cafeína por el comienzo durante la intoxicación (véanse los trastornos de ansiedad inducidos por sustancias/medicamentos en el capítulo Trastornos de ansiedad), y del trastorno del sueño inducido por cafeína porque también se inicia durante la intoxicación (véanse los trastornos del sueño inducidos por sustancias/medicamentos en el capítulo Trastornos del sueño-vigilia), por el hecho de que los síntomas en estos últimos trastornos exceden aquellos que se asocian habitualmente a la intoxicación de cafeína, y porque son lo suficientemente graves como para merecer una atención clínica independiente.

Comorbilidad

Las dosis dietéticas habituales de cafeína no se han asociado consistentemente con problemas médicos. Sin embargo, un uso intensivo (p. ej., > 400 mg) puede causar o exacerbar los síntomas somáticos de ansiedad y los trastornos gastrointestinales. Las dosis de cafeína extremadamente altas e intensas pueden producir crisis de gran mal y un fallo respiratorio que lleve a la muerte. El consumo excesivo de cafeína se asocia con trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos psicóticos, trastornos del sueño y trastornos relacionados con sustancias, pero no tanto con trastornos de ansiedad, puesto que las personas que los padecen tienden a evitar la cafeína.

Abstinencia de cafeína

Criterios diagnosticos

292.0 (F15.93)

- A. Consumo diario prolongado de cafeína.
- B. Cese brusco o reducción del consumo de cafeína, seguido en las 24 horas siguientes por tres (o más) de los signos o síntomas siguientes:
1. Cefalea.
 2. Fatiga o somnolencia notable.
 3. Disforia, desánimo o irritabilidad.
 4. Dificultades para concentrarse.
 5. Síntomas gripales (náuseas, vómitos o dolor/rigidez muscular).
- C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los signos o síntomas no aparecen asociados a los efectos psicológicos de ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o una abstinencia de otra sustancia.

Características diagnósticas

La característica esencial de la abstinencia de cafeína es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla después del cese abrupto (o la reducción sustancial) de la ingesta diaria y prolongada de cafeína (Criterio B). El síndrome de abstinencia de cafeína se caracteriza por tres o más de los siguientes (Criterio B): cefalea; fatiga o somnolencia; disforia, desánimo o irritabilidad; dificultad para concentrarse, y síntomas similares a la gripe (náuseas, vómitos o dolor/rigidez muscular). El síndrome de abstinencia provoca un malestar clínico significativo o un deterioro en las áreas social, laboral u otros aspectos importantes del funcionamiento (Criterio C). Los síntomas no deben estar asociados a los efectos fisiológicos de otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental (Criterio D).

El dolor de cabeza es el rasgo distintivo de la abstinencia de cafeína y puede tener un desarrollo difuso y gradual, palpitante, intenso y sensible al movimiento. Sin embargo, pueden aparecer otros síntomas de abstinencia de cafeína en ausencia de dolor de cabeza. La cafeína es la droga activa conductual más ampliamente utilizada en el mundo y está presente en muchos tipos diferentes de bebidas (p. ej., el café, el té, la yerba mate, los refrescos, las bebidas energéticas), los alimentos, los suplementos energéticos, los medicamentos y los complementos dietéticos. Debido a que la ingesta de cafeína a menudo está integrada en las costumbres sociales y en los rituales cotidianos (p. ej., la pausa para el café, la hora del té), algunos consumidores de cafeína pueden no ser conscientes de su dependencia física de la cafeína. Por lo tanto, los síntomas de abstinencia podrían ser inesperados y se les podría atribuir erróneamente a otras causas (p. ej., una gripe, una migraña). Además, los síntomas pueden aparecer cuando se somete a los individuos a un ayuno obligado antes de realizar procedimientos médicos o cuando se disminuye la dosis habitual de cafeína debido a un cambio en la rutina (p. ej., durante un viaje, fines de semana).

La probabilidad y la gravedad de la abstinencia de cafeína aumentan normalmente en función de la dosis diaria. Sin embargo, la incidencia, la gravedad y la evolución temporal de los síntomas de abstinencia presentan una gran variabilidad interindividual e incluso intraindividual entre un episodio y otro. Los síntomas de abstinencia de cafeína pueden aparecer tras la retirada brusca de dosis crónicas diarias relativamente bajas (es decir, 100 mg).

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Se ha observado que la abstinencia de cafeína se acompaña de deterioro del rendimiento conductual y cognitivo (p. ej., de la atención mantenida). Los estudios electroencefalográficos han mostrado que los síntomas de abstinencia de cafeína se asocian claramente a aumentos de las ondas theta y reducciones de las beta 2. También se han comunicado descensos de la motivación laboral y la sociabilidad, y se ha documentado un mayor uso de analgésicos durante la abstinencia de cafeína.

Prevalencia

Más del 85 % de los adultos y los niños en Estados Unidos consume cafeína, con un promedio de 280 mg/día en los adultos. La incidencia y la prevalencia del síndrome de abstinencia en la población en general no están claras. En Estados Unidos se puede producir dolor de cabeza en aproximadamente el 50 % de los casos de abstinencia de cafeína. Mientras se intenta dejar de tomar cafeína de forma permanente, más del 70 % de los individuos puede experimentar al menos un síntoma (el 47 % experimenta dolor de cabeza) y el 24 % dolor de cabeza acompañado de uno o más síntomas, así como deterioro funcional debido a la abstinencia. Entre las personas que cesan el consumo de cafeína por lo menos durante 24 horas, pero que no están tratando de dejarlo de forma permanente, el 11 % experimenta dolor de cabeza acompañado de uno o más síntomas, así como deterioro funcional. Los consumidores de cafeína pueden disminuir la incidencia del síndrome de abstinencia ingiriendo la sustancia a diario o sencillamente tomándola con poca frecuencia (p. ej., no más de 2 días consecutivos). La reducción gradual de cafeína durante un período de días o semanas puede disminuir la gravedad y la incidencia del síndrome de abstinencia.

Desarrollo y curso

Los síntomas comienzan generalmente 12-24 horas después de la última dosis de cafeína y presentan el pico máximo después de 1-2 días de abstinencia. Los síntomas duran de 2 a 9 días, con la posibilidad de sufrir dolores de cabeza que aparecen durante un máximo de 21 días. Los síntomas generalmente remiten rápidamente (en 30-60 minutos) tras retomar la ingesta de cafeína.

La cafeína es única, ya que es una droga conductualmente activa que es consumida por los individuos de casi todas las edades. Las tasas de consumo y el aumento en la cantidad de ingesta de cafeína se incrementan con la edad hasta la primera mitad de la treintena y luego descienden. Aunque se ha documentado la abstinencia entre los niños y los adolescentes, se conoce relativamente poco acerca de los factores de riesgo para este grupo de edad. El uso de bebidas energéticas altamente cafeinadas está aumentando en los individuos jóvenes, lo que podría aumentar el riesgo de abstinencia de cafeína.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. El consumo intenso de cafeína se ha observado en las personas con trastornos mentales, entre los que están los que tienen trastornos de la conducta alimentaria, los que son fumadores, los presos y los individuos que abusan del alcohol y de las drogas. Por lo tanto, estas personas podrían estar en mayor riesgo de abstinencia de cafeína.

Ambientales. La falta de disponibilidad de cafeína es un factor de riesgo ambiental para los síntomas de abstinencia incipientes. Aunque la cafeína es legal y por lo general se encuentra ampliamente disponible, existen situaciones en las que el consumo de cafeína podría estar restringido, como durante procedimientos médicos, en el embarazo, en las hospitalizaciones, en las prácticas religiosas, en tiempos de guerra, en los viajes y durante la participación en estudios de investigación. Estas cir-

condiciones ambientales externas pueden precipitar un síndrome de abstinencia en los individuos vulnerables.

Factores fisiológicos y genéticos. Los factores genéticos parecen aumentar la vulnerabilidad a la abstinencia de cafeína, pero no se han identificado genes específicos.

Modificadores del curso. Los síntomas de abstinencia generalmente remiten a los 30-60 minutos de la reexposición a la cafeína. Unas dosis de cafeína significativamente menores de la cantidad diaria habitual pueden ser suficientes para prevenir o atenuar estos síntomas (p. ej., el consumo de 25 mg en un individuo que normalmente consume 300 mg).

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Los consumidores habituales de cafeína que ayunan por razones religiosas pueden tener un riesgo mayor de abstinencia.

Consecuencias funcionales de la abstinencia de cafeína

La gravedad de los síntomas de abstinencia de cafeína puede variar desde leve hasta extrema, y a veces causa un deterioro funcional en las actividades diarias normales. Los rangos de deterioro funcional oscilan entre el 10 y el 55 % (mediana del 13 %), con tasas de hasta el 73 % en las personas que también muestran otras características problemáticas de consumo de cafeína. Ejemplos de deterioro funcional pueden ser dificultad para trabajar, hacer ejercicio o cuidar de los hijos, quedarse en la cama todo el día, no asistir a los actos religiosos, terminar unas vacaciones antes de lo esperado, y cancelar una reunión social. Los dolores de cabeza de la abstinencia de cafeína suelen ser descritos por las personas como "los peores dolores de cabeza" jamás experimentados. También se han observado disminuciones en el rendimiento cognitivo y motor.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos médicos y efectos secundarios de medicamentos. Deben considerarse varios trastornos en el diagnóstico diferencial de la abstinencia de cafeína. La abstinencia puede asemejar migrañas y otras cefaleas, afecciones virales, afecciones de los senos paranasales, tensión, otros estados de abstinencia de drogas (p. ej., de anfetaminas, de cocaína) y efectos secundarios de la medicación. La determinación final de la abstinencia de cafeína debe sustentarse en una determinación de la cantidad y patrón de consumo, el intervalo de tiempo entre la cafeína y el inicio de los síntomas de abstinencia, y las características clínicas particulares que presenta el individuo. Una dosis considerable de cafeína seguida de la remisión de los síntomas se puede utilizar para confirmar el diagnóstico.

Comorbilidad

La abstinencia de cafeína se asocia con el trastorno depresivo mayor, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, el trastorno de la personalidad antisocial en los adultos, el trastorno por consumo de alcohol de intensidad moderada a grave, y el consumo de cannabis y cocaína.

Otros trastornos inducidos por la cafeína

Los siguientes trastornos inducidos por la cafeína se describen en otros capítulos del manual junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno de ansiedad inducido por la cafeína (Trastornos de ansiedad) y trastorno del sueño inducido por la cafeína (Trastornos del sueño-vigilia). Estos trastornos provocados por la cafeína solamente se diagnostican en lugar de la intoxicación o la abstinencia de cafeína cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para requerir una atención clínica independiente.

Trastorno relacionado con la cafeína no especificado

292.9 (F15.99)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con la cafeína que causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con la cafeína o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

Trastornos relacionados con el cannabis

Trastorno por consumo de cannabis

Intoxicación por cannabis

Abstinencia de cannabis

Otros trastornos inducidos por el cannabis

Trastorno relacionado con el cannabis no especificado

Trastorno por consumo de cannabis

Criterios diagnósticos

- A. Patrón problemático de consumo de cannabis que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los siguientes hechos en un plazo de 12 meses:
1. Se consume cannabis con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de cannabis.
 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir cannabis, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis.
 5. Consumo recurrente de cannabis que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
 6. Consumo continuado de cannabis a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del mismo.
 7. El consumo de cannabis provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
 8. Consumo recurrente de cannabis en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
 9. Se continúa con el consumo de cannabis a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.
 10. Tolerancia, definida por alguno de los signos siguientes:
 - a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de cannabis para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de cannabis.
 11. Abstinencia, manifestada por alguno de los signos siguientes:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del cannabis (véanse los Criterios A y B del conjunto de criterios de abstinencia de cannabis, págs. 517-518).

- b. Se consume cannabis (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente los criterios de un trastorno por consumo de cannabis, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses, pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis", que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente los criterios de un trastorno por consumo de cannabis, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un período de 12 meses o más (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis", que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza si el individuo está en un entorno con acceso restringido al cannabis.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si también existe una intoxicación o abstinencia de cannabis, o cualquier otro trastorno mental inducido por cannabis, no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de cannabis. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de cannabis viene indicado por el carácter en 4ª posición del código del trastorno inducido por el cannabis (véase la nota de codificación de la intoxicación o abstinencia por cannabis, o de un trastorno mental específico inducido por el cannabis). Por ejemplo, si existe un trastorno por consumo de cannabis y un trastorno de ansiedad inducido por cannabis concomitantes, solamente se indica el código del trastorno de ansiedad, cuyo carácter en 4ª posición indica si el trastorno concomitante por consumo de cannabis es leve, moderado o grave: F12.180 para un trastorno leve por consumo de cannabis con un trastorno de ansiedad inducido por cannabis, o F12.280 para un trastorno moderado o grave por consumo de cannabis con un trastorno de ansiedad inducido por cannabis.

Especificar la gravedad actual:

305.20 (F12.10) Leve: Presencia de 2-3 síntomas.

304.30 (F12.20) Moderado: Presencia de 4-5 síntomas.

304.30 (F12.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Especificadores

"En un entorno controlado" se aplica como un especificador adicional de remisión si el individuo está a la vez en remisión y en un entorno controlado (es decir, en remisión inicial y en un entorno controlado, o en remisión continuada y en un entorno controlado). Los ejemplos de estos entornos son los centros penitenciarios libres de drogas con estrecha supervisión, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas.

Las variaciones de la gravedad en un individuo a lo largo del tiempo también se pueden reflejar por los cambios en la frecuencia (p. ej., los días de uso al mes o las veces que consume al día) y/o la dosis (p. ej., la cantidad utilizada por episodio) de cannabis, que se evalúan mediante el autoinforme de la persona, la información de los allegados, las observaciones del clínico y las pruebas biológicas.

Características diagnósticas

El trastorno por consumo de cannabis y los otros trastornos relacionados con el cannabis son problemas que están asociados con las sustancias derivadas de la planta de cannabis y con los compuestos sintéticos químicamente similares. Con el tiempo, esta materia vegetal ha acumulado muchos nombres (p. ej., maruja, hierba, maría, mandanga, marihuana, cáñamo, mota y *ganja*, costo, hachís, chocolate, grifa). Una extracción del concentrado de la planta de cannabis que también se utiliza comúnmente es el hachís. Cannabis es el nombre genérico y quizás el término científico más apropiado para las sustancias psicoactivas derivadas de la planta. Por tanto, se utiliza esta denominación en el manual para hacer referencia a todas las sustancias tipo cannabis, incluyendo los compuestos cannabinoides sintéticos.

Las formulaciones orales sintéticas (pastillas/cápsulas) de delta-9-tetrahidrocannabinol (delta-9-THC) están disponibles con receta médica y han sido aprobadas para una variedad de indicaciones médicas (p. ej., para las náuseas y los vómitos causados por la quimioterapia, para la anorexia y la pérdida de peso en las personas con sida). Se han fabricado y distribuido otros compuestos cannabinoides sintéticos, para un uso no médico, en forma de material vegetal rociado con una formulación cannabinoide (p. ej., K2, *Spice*, JWH-018, JVVH-073).

Los cannabinoides producen diversos efectos en el cerebro, entre los que destacan las acciones sobre los receptores cannabinoides CB1 y CB2 que se encuentran a lo largo del sistema nervioso central. Los ligandos endógenos para estos receptores se comportan esencialmente como neurotransmisores. El cannabis (la concentración de delta-9-THC) está disponible a una potencia enormemente variable, puesto que oscila entre el 1-15 % aproximadamente en las muestras comunes de la planta de cannabis y el 10-20 % en el hachís. Durante las últimas dos décadas se ha observado un aumento constante de la potencia del cannabis incautado.

El cannabis se fuma con mayor frecuencia a través de una variedad de métodos: pipas, pipas de agua (*bongs*), cigarrillos (porros o canutos) o más recientemente en el papel de un puro vaciado (*blunts*). El cannabis a veces se ingiere por vía oral, generalmente mezclado con alimento. Más recientemente, se han desarrollado dispositivos en los que el cannabis se vaporiza. La vaporización implica el calentamiento del material vegetal para inhalar los cannabinoides psicoactivos liberados. Al igual que con otras sustancias psicoactivas, al fumarse (y la vaporización) se produce normalmente una aparición rápida de los efectos deseados y la experimentación más intensa de éstos.

Las personas que consumen regularmente marihuana pueden desarrollar todas las características diagnósticas generales de un trastorno por consumo de sustancias. El trastorno por consumo de cannabis se suele presentar de manera comórbida con otros tipos de trastorno por consumo de sustancias (p. ej., el alcohol, la cocaína, los opioides). En los casos en que se consumen múltiples tipos de sustancias, muchas veces el individuo minimiza los síntomas relacionados con el cannabis, puesto que los síntomas pueden ser de menor gravedad o causar menos daño que los relacionados directamente con las otras sustancias. Se han descrito tolerancias farmacológica y conductual para la mayoría de los efectos del cannabis en las personas que consumen cannabis continuamente. Generalmente, la tolerancia se pierde cuando el consumo de cannabis se interrumpe durante un período de tiempo significativo (es decir, durante al menos varios meses).

La novedad en el DSM-5 es que se reconoce que la interrupción brusca del consumo diario o casi diario del cannabis suele producir la aparición de un síndrome de abstinencia de cannabis. Los síntomas comunes de la abstinencia incluyen irritabilidad, ira o agresividad, ansiedad, depresión, inquietud, dificultad para dormir, y disminución del apetito o pérdida de peso. Aunque por lo general los síntomas no son tan graves como los del alcohol o de los opiáceos, el síndrome de abstinencia puede causar un malestar significativo y, por tanto, puede contribuir a que existan dificultades para dejar de fumar o puede favorecer la recaída entre los que tratan de abandonar el consumo.

Algunas personas con trastorno por consumo de cannabis consumen cannabis durante todo el día durante meses o años, y por lo tanto pasan muchas horas al día bajo la influencia de la sustancia. Otras consumen con menos frecuencia, pero tienen problemas recurrentes relacionados con este consumo con la familia, la escuela, el trabajo u otras áreas importantes (p. ej., ausencias repetidas en el trabajo, abandono de las obligaciones familiares). El consumo de cannabis y la intoxicación periódica pueden afectar negativamente el funcionamiento conductual y cognitivo, y por lo tanto interferir con el rendimiento óptimo en el trabajo o la escuela, o exponer a la persona en un mayor riesgo físico cuando realiza actividades que podrían ser físicamente peligrosas (p. ej., la conducción de un coche, practicar ciertos deportes, la realización de actividades de trabajo manual, incluyendo el uso de maquinaria). Las discusiones con los cónyuges o los padres sobre el uso de cannabis en el hogar o sobre su uso en presencia de los niños pueden impactar negativamente sobre el funcionamiento de la familia y son frecuentes en las personas con este trastorno. Por último, las personas siguen consumiendo a pesar del conocimiento de los problemas físicos (p. ej., la tos crónica relacionada con el tabaquismo) o psicológicos (p. ej., la sedación excesiva o la exacerbación de otros problemas de salud mental) asociados al consumo.

El consumo de cannabis por razones médicas legítimas también puede afectar al diagnóstico. La administración de la sustancia por una afección médica, tal como se haya prescrito, produce de forma

natural síntomas de tolerancia y abstinencia, y por tanto éstos no deben utilizarse como un criterio fundamental para realizar el diagnóstico de un trastorno por consumo de sustancias. Aunque los usos terapéuticos del cannabis siguen siendo controvertidos y equívocos, se debería tener en consideración su consumo para tratar ciertas afecciones médicas cuando éstas se han diagnosticado.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Las personas que consumen regularmente cannabis suelen referir que lo hacen para afrontar alteraciones del estado de ánimo, del sueño, del dolor o de otros problemas fisiológicos o psicológicos, y aquellas que están diagnosticadas de trastorno por consumo de cannabis suelen padecer otros trastornos mentales concurrentes. La evaluación exhaustiva suele revelar que el propio consumo contribuye a la exacerbación de estos mismos síntomas, así como a otras razones para el uso frecuente (p. ej., experimentar euforia, olvidarse de los problemas, afrontar la ira, realizar una actividad social agradable). En relación con este tema, algunas personas que consumen cannabis varias veces al día, por las razones antes mencionadas, no perciben (y por lo tanto no refieren) que pasan una cantidad excesiva de tiempo bajo la influencia o recuperándose de los efectos del cannabis, a pesar de que están intoxicados o afectados por la sustancia la mayoría de los días. Un indicador importante para el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, en particular en los casos más leves, es el uso continuo a pesar de que existe un claro riesgo de consecuencias negativas en otras actividades o relaciones de gran valor (p. ej., la escuela, el trabajo, la actividad deportiva, la relación de pareja o con los padres).

Debido a que algunos consumidores de cannabis están motivados para minimizar la cantidad o frecuencia de su uso, es importante ser conscientes de los signos y síntomas comunes que acompañan el consumo y a la intoxicación con el fin de evaluar mejor la magnitud del consumo. Al igual que con otras sustancias, los usuarios experimentados desarrollan tolerancias farmacológica y conductual que pueden ser difíciles de detectar cuando están bajo la influencia del cannabis. Los signos de uso crónico y agudo incluyen ojos rojos (inyección conjuntival), olor de cannabis en la ropa, color amarillento de los dedos (de fumar porros), tos crónica, quema de incienso (para ocultar el olor) y un deseo exagerado e impulsivo por alimentos específicos, a veces a horas inusuales del día o de la noche.

Prevalencia

Los cannabinoides, especialmente el cannabis, son las sustancias psicoactivas ilícitas más ampliamente utilizadas en Estados Unidos. La prevalencia a los doce meses del trastorno por consumo de cannabis (la tasa de abuso y de dependencia del DSM-IV combinadas) es de aproximadamente el 3,4 % entre los 12 y los 17 años, y del 1,5 % entre los adultos mayores de 18 años. Las tasas de este trastorno son mayores entre los varones adultos (el 2,2 %) que entre las mujeres (el 0,8 %) y entre los hombres de entre 12 y 17 años (el 3,8 %) y las mujeres de este mismo rango de edad (el 3,0 %). Las tasas de prevalencia a los doce meses de este trastorno disminuyen con la edad, con las cifras más altas entre los 18 y 29 años (4,4 %) y las más bajas entre las personas de más de 65 años (0,01 %). Probablemente la elevada prevalencia sea un reflejo del consumo generalizado de cannabis en relación con otras drogas ilegales, y no tanto de su mayor potencial adictivo.

Las diferencias raciales y étnicas en la prevalencia son moderadas. La prevalencia a los doce meses del trastorno varía notablemente entre los distintos subgrupos étnico-raciales en Estados Unidos. Entre los 12 y los 17 años, las tasas son más altas entre los nativos de Alaska y los nativos americanos (el 7,1 %) en comparación con los hispanos (el 4,1 %), los blancos (el 3,4 %), los afroamericanos (el 2,7 %), y los americanos asiáticos y de las islas del Pacífico (el 0,9 %). Entre los adultos, la prevalencia del trastorno por consumo de cannabis es también más alta entre los indígenas nativos de Alaska (el 3,4 %) en comparación con los afroamericanos (el 1,8 %), los blancos (el 1,4 %), los hispanos (el 1,2 %), y los asiáticos e isleños del Pacífico (el 1,2 %). Durante la última década, la prevalencia del trastorno por consumo de cannabis ha aumentado entre los adultos y los adolescentes. Las diferencias de género en el consumo de cannabis concuerdan con las de otros trastornos por consumo de sustancias. El trastorno por consumo de cannabis se observa con mayor frecuencia en los hombres, aunque la magnitud de esta diferencia es menor entre los adolescentes.

Desarrollo y curso

El inicio del trastorno por consumo de cannabis puede aparecer en cualquier momento durante o después de la adolescencia, pero el inicio es más común durante la adolescencia o en los adultos jóvenes. Puede desarrollarse durante la preadolescencia, aunque suele ser infrecuente. La aceptación reciente de algunos de sus usos y la disponibilidad de la "marihuana medicinal" puede aumentar la tasa de aparición del trastorno en los adultos mayores.

Generalmente, el trastorno se desarrolla durante un período prolongado de tiempo, aunque la progresión parece ser más rápida en los adolescentes, particularmente en aquellos con problemas de conducta graves. La mayoría de las personas que desarrollan un trastorno establece un patrón de consumo de cannabis que aumenta gradualmente en frecuencia y cantidad. El cannabis, junto con el tabaco y el alcohol, suele ser la primera sustancia que toman los adolescentes. Muchos perciben el consumo de cannabis como menos nocivo que el alcohol o el tabaco, y probablemente esta percepción contribuye a un mayor uso. Por otra parte, la intoxicación por cannabis no suele dar lugar a una disfunción cognitiva o conductual tan grave como la del consumo intenso de alcohol, lo que puede aumentar la probabilidad de un consumo más frecuente y en situaciones más diversas que el alcohol. Es posible que estos factores contribuyan a la posibilidad de una rápida transición desde un consumo de cannabis a un trastorno por consumo de cannabis en algunos adolescentes y a la instauración del patrón de consumo durante todo el día que se observa con frecuencia entre los que tienen un trastorno grave.

El trastorno por consumo de cannabis entre los preadolescentes, los adolescentes y los adultos jóvenes se expresa típicamente como un consumo excesivo en compañía de compañeros y suele ser un componente más de otras conductas delictivas asociadas con problemas de conducta. Los casos más leves reflejan principalmente un consumo continuo a pesar de los claros problemas relacionados, como la desaprobación por parte de otros compañeros, del entorno escolar o de la familia, que pone a los jóvenes en riesgo de sufrir consecuencias físicas o de comportamiento. En los casos más graves, hay una progresión hasta el consumo en solitario y/o a lo largo de todo el día, de manera que éste interfiere en el funcionamiento diario y sustituye las actividades sociales previamente establecidas.

Los consumidores adolescentes suelen mostrar cambios en la estabilidad del estado de ánimo, del nivel de energía y de los patrones de alimentación. Estos signos y síntomas son probablemente debidos a los efectos directos del consumo de cannabis (intoxicación) y a los efectos posteriores a la intoxicación aguda (resaca), así como a los intentos de ocultar el consumo a los demás. Los problemas escolares suelen estar asociados con este trastorno, en particular con un descenso considerable de las calificaciones académicas, con el absentismo escolar y con la reducción del interés por las actividades y los resultados escolares en general.

Por lo general, el trastorno por consumo de cannabis entre los adultos implica habitualmente patrones bien establecidos de consumo diario que continúan a pesar de que existen problemas psicosociales o de salud evidentes. Muchos adultos han experimentado repetidos deseos de dejar el consumo o han fracasado al intentarlo en repetidas ocasiones. Los casos más leves pueden parecerse al patrón de los adolescentes, donde el consumo de cannabis no es tan frecuente o intenso pero continúa a pesar de las posibles consecuencias significativas del consumo continuado. La tasa de consumo entre las personas de mediana edad y los adultos mayores parece estar en aumento, probablemente debido a un efecto de cohorte que resulta de la alta prevalencia de consumo a finales de la década de los sesenta y los setenta.

El inicio temprano del consumo de cannabis (p. ej., antes de los 15 años) es un predictor robusto para el desarrollo de este trastorno y de otros tipos de trastornos por uso de sustancias y de trastornos mentales durante la edad adulta. El inicio temprano está relacionado con la existencia de otros problemas externalizantes, sobre todo con el trastorno de conducta. Sin embargo, el inicio temprano también es un predictor de problemas de internalización y, por tanto, es probable que sea un factor de riesgo general para el desarrollo de trastornos de salud mental.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los antecedentes de trastorno de conducta en la infancia o la adolescencia y el trastorno de la personalidad antisocial son factores de riesgo para el desarrollo de muchos trastornos relacionados con sustancias, incluyendo los trastornos relacionados con el cannabis. Otros factores de riesgo son los trastornos de la

externalización o internalización en la infancia o la adolescencia. Los jóvenes con altas puntuaciones de desinhibición del comportamiento presentan una mayor probabilidad de tener trastornos de uso de sustancias de inicio precoz, entre ellos el trastorno por consumo de cannabis, el policonsumo y los problemas de conducta tempranos.

Ambientales. Los factores de riesgo son el fracaso escolar, el consumo de tabaco, una situación familiar inestable, el abuso/uso de cannabis entre los miembros de la familia inmediata, otros antecedentes familiares de trastorno por consumo de sustancias y un bajo nivel socioeconómico. Al igual que con todas las sustancias de abuso, la mayor disponibilidad de la sustancia es un factor de riesgo. El cannabis es relativamente fácil de obtener en la mayoría de las culturas, lo que aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno por consumo de cannabis.

Genéticos y fisiológicos. Las influencias genéticas contribuyen al desarrollo de trastornos por consumo de cannabis. Los factores hereditarios explican entre el 30 y el 80 % de la varianza total del riesgo de este trastorno. Cabe destacar que las influencias genéticas y ambientales compartidas entre el trastorno por consumo de cannabis y otros tipos de trastornos por consumo de sustancias sugieren una base genética común para los problemas de consumo de sustancias y de conducta entre los adolescentes.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El cannabis es probablemente la sustancia ilegal más consumida en el mundo. La prevalencia del trastorno por consumo en todos los países se desconoce, pero las tasas de prevalencia son probablemente similares entre los países desarrollados. Con frecuencia es una de las primeras drogas de experimentación (a menudo en la adolescencia) de todos los grupos culturales en Estados Unidos.

La aceptación del cannabis con fines médicos varía ampliamente inter e intraculturalmente. Los factores culturales (el estatus legal y la aceptabilidad) que pueden afectar al diagnóstico diferencial se refieren a las consecuencias que se producen tras la detección del consumo en cada cultura (es decir, la detención, la expulsión de la escuela o la suspensión del empleo). El cambio general en los criterios diagnósticos del trastorno por consumo de sustancias del DSM-5 con respecto al DSM-W (es decir, la eliminación de los problemas legales repetidos relacionados con la sustancia criterio) mitiga este problema hasta cierto punto.

Marcadores diagnósticos

Las pruebas biológicas de metabolitos de cannabinoides son útiles para determinar si un individuo ha consumido cannabis recientemente. Dichas pruebas son útiles para hacer el diagnóstico, sobre todo en los casos más leves en los que un individuo niega el consumo, pero los miembros de su entorno (familia, trabajo, escuela) muestran preocupación acerca de un problema de posible consumo. Debido a que los cannabinoides son solubles en grasa, persisten en los fluidos corporales durante largos períodos de tiempo y se excretan lentamente. Se requiere experiencia en los métodos de análisis de orina para interpretar de forma fiable los resultados.

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de cannabis

Las consecuencias funcionales del trastorno por consumo de cannabis son parte de los criterios diagnósticos. Muchas áreas del funcionamiento psicosocial, cognitivo y de la salud se pueden ver comprometidas debido al trastorno. La función cognitiva, particularmente las funciones ejecutivas superiores, parecen estar comprometidas en los consumidores de cannabis, y esta relación parece ser dosis-dependiente (tanto aguda como crónica). Esto puede contribuir a una mayor dificultad en la escuela o el trabajo. El consumo de cannabis se ha relacionado con una reducción de la actividad prosocial dirigida a una meta, que algunos han etiquetado como síndrome de desmotivación, que se manifiesta en el rendimiento escolar y por problemas laborales. Estos problemas pueden estar relacionados con la intoxicación o la recuperación de los efectos de la intoxicación. Del mismo modo, aparecen frecuentemente problemas asociados a este trastorno en las relaciones sociales. También son importantes los accidentes debidos a la participación en conductas potencialmente peligrosas bajo la influencia del cannabis (p. ej., conducir, deportes, actividades recreativas o laborales). El humo del cannabis contiene altos niveles de compuestos cancerígenos que ponen a los usuarios crónicos en riesgo de afecciones respiratorias similares a las que experimentan los fumadores de tabaco. El uso crónico de cannabis puede contribuir a la aparición o la exacerbación de muchos otros trastornos mentales. En particular, ha aumentado la preocupación sobre el consumo de cannabis como factor causal de la esquizofrenia y de otros trastornos psicóticos. El con-

sumo de cannabis puede contribuir a la aparición de un episodio psicótico agudo, puede exacerbar algunos síntomas y puede afectar negativamente el tratamiento de una afección psicótica principal.

Diagnóstico diferencial

Consumo no problemático de cannabis. La distinción entre un consumo de cannabis no problemático y el trastorno por consumo de cannabis puede ser difícil de hacer debido a los problemas sociales, de comportamiento o psicológicos que pueden atribuirse a la sustancia, sobre todo en el contexto de un consumo de otras sustancias. Además, es frecuente que las personas, que son remitidas a tratamiento por terceros (escuela, familia, jefe, sistema judicial penal), nieguen un consumo intenso de cannabis y que el cannabis esté relacionado con problemas importantes o los cause.

Otros trastornos mentales. El trastorno inducido por cannabis puede estar caracterizado por síntomas (p. ej., ansiedad) que se asemejan a los trastornos mentales primarios (p. ej., trastorno de ansiedad generalizada frente al trastorno de ansiedad inducido por el consumo de cannabis, con ansiedad generalizada e inicio durante la intoxicación). El consumo crónico de cannabis puede producir una falta de motivación que se asemeja a un trastorno depresivo persistente (distimia). Se deben diferenciar las reacciones adversas agudas al cannabis de los síntomas del trastorno de pánico, del trastorno depresivo mayor, del trastorno delirante, del trastorno bipolar o de la esquizofrenia tipo paranoide. El examen físico generalmente mostrará un aumento de la frecuencia cardíaca e inyección conjuntival. Las pruebas toxicológicas de orina pueden ser útiles para hacer el diagnóstico.

Comorbilidad

Se considera que el cannabis es una droga "puerta de entrada" porque los individuos que consumen frecuentemente cannabis tienen una probabilidad mucho mayor, a lo largo de la vida, de consumir sustancias peligrosas, como los opioides o la cocaína, que los no consumidores. Tanto el consumo como el trastorno por consumo de cannabis son altamente comórbidos con otros trastornos de uso de sustancias. La simultaneidad con otros trastornos mentales también es frecuente. El consumo de cannabis se ha asociado con una menor satisfacción en la vida, un aumento en la demanda de tratamiento de salud mental y de hospitalización y tasas más altas de depresión, trastornos de ansiedad, intentos de suicidio y trastorno de conducta. Las personas con un diagnóstico de trastorno por consumo de cannabis durante el pasado año o a lo largo de su vida presentan asimismo altas tasas de trastorno por consumo de alcohol (más del 50 %) y de trastorno por consumo de tabaco (un 53 %). También son elevadas las tasas de otros trastornos por consumo de sustancias. Entre las personas que buscan tratamiento por un trastorno por consumo de cannabis, el 74 % refiere el consumo problemático de una segunda o tercera sustancias: el alcohol (el 40 %), la cocaína (el 12 %), la metanfetamina (el 6 %) y la heroína u otros opiáceos (el 2 %). Entre los menores de 18 años, el 61 % afirmó que consumía de forma problemática otra sustancia: el alcohol (el 48 %), la cocaína (el 4 %), la metanfetamina (el 2 %) y la heroína u otros opiáceos (el 2 %). Aproximadamente el 25-80 % de las personas en tratamiento por un trastorno por consumo de sustancias primario presenta a su vez un trastorno por consumo de cannabis como problema secundario.

Las personas diagnosticadas de trastorno por consumo de cannabis durante el pasado año o a lo largo de la vida tienen altas tasas de trastornos mentales concurrentes distintos de los trastornos por consumo de otras sustancias. El trastorno depresivo mayor (el 11 %), cualquier trastorno de ansiedad (el 24 %), el trastorno bipolar I (el 13 %) y los trastornos de personalidad antisocial (el 30 %), paranoide (el 18 %) y obsesivo-compulsivo (el 11 %) son bastante comunes entre las personas con un diagnóstico de trastorno por consumo de cannabis durante el año anterior. Aproximadamente el 33 % de los adolescentes con este trastorno presenta trastornos internalizantes (p. ej., ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático) y el 60 % trastornos externalizantes (p. ej., trastorno de conducta, trastorno por déficit de atención/hiperactividad).

Aunque el consumo de cannabis puede afectar a múltiples aspectos del funcionamiento humano normal, entre otros los sistemas cardiovascular, inmunológico, neuromuscular, ocular, reproductivo, respiratorio, así como al apetito, la cognición y la percepción, existen pocas afecciones médicas claras

que concurren frecuentemente con el trastorno. Los efectos sobre la salud más importantes del cannabis son los que afectan al sistema respiratorio, y se han descrito altas tasas de síntomas respiratorios, como bronquitis, expectoración, disnea y sibilancias, en los fumadores crónicos de cannabis.

Intoxicación por cannabis

Criterios diagnosticos

- A. Consumo reciente de cannabis.
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej., des-coordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de paso lento del tiempo, alteración del juicio, aislamiento social) que aparecen durante o poco después del consumo de cannabis.
- C. Dos (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen en el plazo de dos horas tras el consumo de cannabis:
 - 1. Inyección conjuntival.
 - 2. Aumento del apetito.
 - 3. Boca seca.
 - 4. Taquicardia.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluido una intoxicación con otra sustancia.

Especificar si:

Con alteraciones de la percepción: Alucinaciones con un juicio de realidad inalterado, o aparición de ilusiones auditivas, visuales o táctiles, en ausencia de delirium.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **292.89**. El código CIE-10-MC depende de si existe o no un trastorno concomitante por consumo de cannabis y de si aparecen o no alteraciones de la percepción.

Para la intoxicación por cannabis sin alteraciones de la percepción: Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es **F12.129**, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es **F12.229**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es **F12.929**.

Para la intoxicación por cannabis con alteraciones de la percepción: Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es **F12.122**, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es **F12.222**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de cannabis, el código CIE-10-MC es **F12.922**.

Especificadores

Cuando las alucinaciones se producen en ausencia de un juicio de la realidad intacto, debe considerarse un diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos.

Características diagnósticas

La característica esencial de la intoxicación por cannabis es la presencia de alteraciones problemáticas clínicamente significativas conductuales o psicológicas que se desarrollan durante o poco tiempo después del consumo de cannabis (Criterio B). La intoxicación suele comenzar con una sensación de "colocón", seguida de síntomas que comprenden euforia, risas inapropiadas, grandiosidad, sedación, letargia, deterioro de la memoria a corto plazo, dificultad para llevar a cabo procesos mentales complejos, deterioro del juicio, percepciones sensoriales distorsionadas, disfunción psicomotora y sensación de que el tiempo pasa lentamente. De vez en cuando se producen ansiedad (que puede ser

grave), disforia o retraimiento social. Estos efectos psicoactivos se acompañan de dos o más de los siguientes signos, que aparecen dentro de las 2 horas tras el consumo de cannabis: inyección conjuntival, aumento del apetito, sequedad de boca y taquicardia (Criterio C).

La intoxicación se desarrolla en cuestión de minutos si el cannabis se fuma, pero puede tardar un par de horas si se ingiere por vía oral. Los efectos suelen durar 3-4 horas, aunque pueden alargarse un poco más cuando la sustancia se ingiere por vía oral. La magnitud de los cambios de comportamiento fisiológicos depende de la dosis, del método de administración y de las características de la persona que utiliza la sustancia, tales como la velocidad de absorción, la tolerancia y la sensibilidad a los efectos de la sustancia. Puesto que la mayoría de los cannabinoides, incluyendo el delta-9-tetrahidrocannabinol (delta-9-THC), son solubles en grasa, los efectos del cannabis o del hachís pueden ocasionalmente persistir o reaparecer durante 12-24 horas a causa de la lenta liberación de las sustancias psicoactivas desde el tejido graso o a la circulación enterohepática.

Prevalencia

La prevalencia de los episodios reales de intoxicación por cannabis en la población general es desconocida. Sin embargo, es probable que la mayoría de los consumidores de cannabis cumpla algunos criterios diagnósticos de intoxicación por cannabis en algún momento. Ante esto, la prevalencia de los consumidores de cannabis y la prevalencia de los individuos que experimentan intoxicación por cannabis es probablemente similar.

Consecuencias funcionales de la intoxicación por cannabis

El deterioro que produce la intoxicación por cannabis puede implicar graves consecuencias, entre las que están un bajo rendimiento en el trabajo o la escuela, las indiscreciones sociales, el incumplimiento de las obligaciones, los accidentes de tráfico y la práctica de relaciones sexuales sin protección. En casos raros, se podría precipitar una psicosis con una duración variable.

Diagnóstico diferencial

Se debe tener en cuenta que si la presentación clínica incluye alucinaciones en ausencia de un juicio de la realidad intacto, se debería considerar un diagnóstico del trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos.

Intoxicación por otras sustancias. La intoxicación por cannabis puede ser similar a la intoxicación por otro tipo de sustancias. Sin embargo, a diferencia de la intoxicación por cannabis, la intoxicación por alcohol y por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos suele producir una disminución del apetito, aumento del comportamiento agresivo y nistagmo o ataxia. Los alucinógenos en dosis bajas pueden provocar un cuadro clínico que se asemeja a la intoxicación por cannabis. La fenciclidina, como el cannabis, se puede fumar y también causa cambios perceptivos, pero es mucho más probable que la intoxicación por fenciclidina cause ataxia y conducta agresiva.

Otros trastornos inducidos por el cannabis. La intoxicación se distingue de otros trastornos inducidos por el consumo de cannabis (p. ej., trastorno de ansiedad inducido por cannabis, con inicio durante la intoxicación) en que, en estos últimos, los síntomas característicos predominan en la presentación clínica y son lo suficientemente graves como para merecer una atención clínica independiente.

Abstinencia de cannabis

Criterios diagnósticos

292.0 (F12.288)

- A. Cese brusco del consumo de cannabis, que ha sido intenso y prolongado (p. ej., consumo diario o casi diario, durante un período de varios meses por lo menos).
- B. Aparición de tres (o más) de los signos y síntomas siguientes aproximadamente en el plazo de una semana tras el Criterio A:

1. Irritabilidad, rabia o agresividad.
 2. Nerviosismo o ansiedad.
 3. Dificultades para dormir (es decir, insomnio, pesadillas).
 4. Pérdida de apetito o de peso.
 5. Intranquilidad.
 6. Estado de ánimo deprimido.
 7. Por lo menos uno de los síntomas físicos siguientes que provoca una incomodidad significativa: dolor abdominal, espasmos y temblores, sudoración, fiebre, escalofríos o cefalea.
- C. Los signos o síntomas del Criterio **B** provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es 292.0. El código CIE-10-MC para la abstinencia de cannabis es F12.288. Obsérvese que el código CIE-10-MC indica la presencia concomitante de un trastorno moderado o grave por consumo de cannabis, lo que refleja el hecho de que la abstinencia de cannabis solamente aparece en presencia de un trastorno moderado o grave por consumo de éste. No es admisible codificar un trastorno concomitante leve por consumo de cannabis con una abstinencia de éste.

Características diagnósticas

La característica esencial de la abstinencia de cannabis es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla después del cese o la reducción considerable del consumo prolongado e intenso de cannabis. Además de los síntomas del Criterio B, también se puede observar tras la abstinencia lo siguiente: fatiga, bostezos, dificultad para concentrarse, y períodos de rebote de aumento del apetito y de somnolencia que siguen a los períodos iniciales de pérdida de apetito y de insomnio. Para el diagnóstico, los síntomas de abstinencia deben provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio C). Muchos consumidores de cannabis refieren fumar cannabis o tomar otras sustancias para ayudar a aliviar los síntomas de abstinencia, y muchos afirman que los síntomas de abstinencia dificultan el abandono o contribuyen a la recaída. Los síntomas normalmente no son de suficiente gravedad como para requerir atención médica, pero existen medicamentos o algunas estrategias de comportamiento que pueden ayudar a aliviarlos y mejorar el pronóstico de las personas que tratan de dejar de consumir cannabis.

La abstinencia de cannabis se observa frecuentemente en las personas que solicitan tratamiento por consumo de cannabis, así como en los consumidores de cannabis graves que no buscan tratamiento. Entre los individuos que han consumido cannabis regularmente durante algún período de su vida, hasta un tercio describe haber experimentado abstinencia de cannabis. El 50-95 % de los adultos y de los jóvenes en tratamiento y de los grandes consumidores de cannabis refiere abstinencia de cannabis. Estas cifras indican que se produce abstinencia en un subconjunto importante de consumidores de cannabis que tratan de dejar de fumar.

Desarrollo y curso

Se desconoce la cantidad, la duración y la frecuencia de fumar cannabis requerida para producir un trastorno de abstinencia asociado durante un intento de dejar de fumar. La mayoría de los síntomas tienen su inicio en las primeras 24 a 72 horas desde el cese, y el pico se presenta en la primera semana y tiene una duración aproximada de 1 a 2 semanas. Las dificultades del sueño pueden durar más de 30 días. Se ha documentado la abstinencia de cannabis entre los adolescentes y los adultos. Tiende a ser más frecuente y grave entre los adultos, muy probablemente en relación con la mayor cantidad, frecuencia y persistencia del consumo.

Factores de riesgo y pronóstico

Ambientales. La prevalencia y la gravedad de la abstinencia de cannabis son mayores entre los grandes consumidores de cannabis y, en particular, entre aquellos que buscan tratamiento para el trastorno por consumo de cannabis. La gravedad de la abstinencia también parece estar directamente relacionada con la gravedad de los síntomas comórbidos de los trastornos mentales.

Consecuencias funcionales de la abstinencia de cannabis

Los consumidores de cannabis refieren usar cannabis para aliviar los síntomas de abstinencia, lo que sugiere que la propia abstinencia podría contribuir a la expresión continua del trastorno por consumo de cannabis. Los peores resultados suelen estar asociados a una abstinencia más grave. Una proporción considerable de los adultos y de los adolescentes en el tratamiento por trastorno por consumo de cannabis moderado o grave describen síntomas de abstinencia de similar intensidad, y muchos se quejan de que estos síntomas dificultan el cese. Los consumidores de cannabis refieren haber recaído en el consumo de cannabis o haber iniciado el consumo de otras drogas (p. ej., tranquilizantes) para intentar aliviar dichos síntomas. Por último, las personas que viven con los consumidores de cannabis observan unos efectos de abstinencia significativos, lo que sugiere que tales síntomas son perjudiciales para la vida diaria.

Diagnóstico diferencial

Debido a que muchos de los síntomas de abstinencia de cannabis son también síntomas de otros síndromes de abstinencia de sustancias o de trastornos depresivos o bipolares, la evaluación metódica debe centrarse en discernir si los síntomas no se explicarían mejor por el cese de otra sustancia (p. ej., tabaco o abstinencia de alcohol), por otro trastorno mental (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo mayor) o por otra afección médica.

Otros trastornos inducidos por el cannabis

Los siguientes trastornos inducidos por el cannabis se describen en otros capítulos del manual, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): el trastorno psicótico inducido por el cannabis (Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos), el trastorno de ansiedad inducido por el cannabis (Trastornos de ansiedad) y el trastorno del sueño inducido por el cannabis (Trastornos del sueño-vigilia). Con respecto al delirium por intoxicación por cannabis, véanse los criterios y la discusión del mismo en el capítulo Trastornos neurocognitivos. Estos trastornos provocados por el cannabis solamente se diagnostican en lugar de la intoxicación o la abstinencia de cannabis cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para requerir una atención clínica independiente.

Trastorno relacionado con el cannabis no especificado

292.9(F12.99)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con el cannabis que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con el cannabis o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con sustancias/trastorno adictivas.

Trastornos relacionados con los alucinógenos

- Trastorno por consumo de fenciclidina
- Trastorno por consumo de otros alucinógenos
- Intoxicación por fenciclidina
- Intoxicación por otros alucinógenos
- Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos
- Otros trastornos inducidos por fenciclidina
- Trastornos inducidos por otros alucinógenos
- Trastorno relacionado con la fenciclidina no especificado
- Trastorno relacionado con los alucinógenos no especificado

Trastorno por consumo de fenciclidina

Criterios diagnósticos

- A. Un modelo de consumo de fenciclidina (o una sustancia farmacológicamente similar) que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consume fenciclidina con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de fenciclidina.
 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir fenciclidina, consumirla o recuperarse de sus efectos.
 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir fenciclidina.
 5. Consumo recurrente de fenciclidina que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, fa escuela o el hogar (p. ej., ausencias repetidas del trabajo o bajo rendimiento escolar relacionados con el consumo de fenciclidina; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la fenciclidina; desatención de los niños o del hogar).
 6. Consumo continuado de fenciclidina a pesar de sufrir problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal, provocados o exacerbados por sus efectos (p. ej., discusiones con un cónyuge sobre las consecuencias de la intoxicación, enfrentamientos físicos).
 7. El consumo de fenciclidina provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
 8. Consumo recurrente de fenciclidina en situaciones en las que es físicamente peligroso (p. ej., cuando se conduce un automóvil o se maneja maquinaria estando incapacitado por el consumo de fenciclidina).
 9. Se continúa con el consumo de fenciclidina a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente, probablemente causado o exacerbado por ella.
 10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de fenciclidina para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de fenciclidina.

Nota: No se han establecido los síntomas y signos de abstinencia de la fenciclidina, por lo que este criterio no se aplica (se ha descrito la abstinencia de fenciclidina en los animales, pero no se ha documentado en seres humanos).

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de fenciclidina, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir fenciclidina", que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de fenciclidina, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un período de 12 meses o más (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir fenciclidina", que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido a la fenciclidina.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si también existe una intoxicación concomitante por fenciclidina o algún otro trastorno mental inducido por ella, no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de fenciclidina. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de fenciclidina viene indicado por el carácter en 4ª posición del código del trastorno inducido por la fenciclidina (véase la nota de codificación de la intoxicación por fenciclidina o de un trastorno mental específico inducido por la fenciclidina). Por ejemplo, si existe un trastorno psicótico concomitante inducido por la fenciclidina, solamente se indica el código del trastorno psicótico inducido por la fenciclidina, cuyo carácter en 4a posición indica si el trastorno concomitante por consumo de fenciclidina es leve, moderado o grave: F16.159 para un trastorno leve por consumo de fenciclidina con un trastorno psicótico inducido por la fenciclidina, o F16.259 para un trastorno moderado o grave por consumo de fenciclidina con un trastorno psicótico inducido por la fenciclidina.

Especificar la gravedad actual:

305.90 (F16.10) Leve: Presencia de 2-3 síntomas.

304.60 (F16.20) Moderado: Presencia de 4-5 síntomas.

304.60 (F16.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Especificadores

"En un entorno controlado" se aplica como un especificador adicional de remisión si el individuo está a la vez en remisión y en un entorno controlado (es decir, en remisión inicial en un entorno controlado o en remisión continuada y en un entorno controlado). Los ejemplos de estos entornos son los centros penitenciarios libres de drogas con estrecha supervisión, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas.

Características diagnósticas

Las fenciclidinas (o sustancias similares a la fenciclidina) incluyen la fenciclidina (p. ej., la PCP, "polvo de ángel") y los compuestos menos potentes, pero que actúan de manera parecida, como la ketamina, la ciclohexamina y la dizocilpina. Estas sustancias se desarrollaron primero como anestésicos disociativos en la década de los cincuenta y se convirtieron en drogas de uso recreativo en la década de sesenta. En dosis bajas producen sentimientos de separación de la mente y el cuerpo (por consiguiente, son "disociativas"), y en dosis altas puede producir estupor y coma. Estas sustancias suelen fumarse o ingerirse por vía oral, pero también pueden inhalarse o inyectarse. Aunque los efectos psicoactivos primarios de la PCP duran unas pocas horas, la tasa de eliminación total de esta droga del cuerpo se alarga característicamente durante 8 días o más. Los efectos alucinógenos en las personas vulnerables pueden durar semanas y pueden precipitar un episodio parecido a la esquizofrenia. Se ha observado que la ketamina tienen utilidad en el tratamiento del trastorno depresivo mayor. No

se han establecido claramente los síntomas de abstinencia en los seres humanos y, por lo tanto, el criterio de abstinencia no está incluido en el diagnóstico de trastorno por consumo de fenciclidina.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

La fenciclidina se puede detectar en la orina durante un máximo de 8 días o durante más tiempo en dosis muy altas. Además de las pruebas de laboratorio para detectar su presencia, pueden ayudar en su diagnóstico los síntomas característicos resultantes de la intoxicación con fenciclidina o sustancias relacionadas. La fenciclidina suele producir síntomas disociativos, analgesia, nistagmo e hipertensión, con riesgo de hipotensión y *shock*. El consumo de fenciclidina también puede precipitar comportamientos violentos, puesto que las personas intoxicadas pueden creer que están siendo atacadas. Los síntomas residuales tras el uso pueden parecerse a los de la esquizofrenia.

Prevalencia

La prevalencia del trastorno se desconoce. Aproximadamente el 2,5 % de los encuestados en la población general refiere haber consumido fenciclidina alguna vez en su vida. La proporción de consumidores aumenta con la edad, de modo que hay un 0,3 % de consumidores entre los 12 y los 17 años, un 1,3 % entre los 18 y los 25 años y un 2,9 % en los mayores de 26 años. Parece existir un aumento entre los estudiantes de 2º de Bachillerato que la han usado alguna vez (hasta el 2,3 % desde el 1,8 %) y en el año anterior (hasta un 1,3 % desde el 1,0 %). El consumo de ketamina durante el año anterior parece relativamente estable entre estos estudiantes (el 1,6-1,7 % en los últimos 3 años).

Factores de riesgo y pronóstico

Existe poca información acerca de los factores de riesgo para el trastorno por consumo de fenciclidina. Entre las personas admitidas a tratamiento por abuso de sustancias, las que consumían fenciclidina como sustancia primaria, en comparación con los admitidos por el consumo de otras sustancias, eran más jóvenes, tenían niveles educativos más bajos y se ubicaban con mayor probabilidad en las regiones del Nordeste y del Oeste de Estados Unidos.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

El uso de la ketamina en los jóvenes de 16 a 23 años se ha detectado más frecuentemente entre los blancos (el 0,5 %) que entre otros grupos étnicos (rango 0-0,3 %). Entre las personas admitidas a tratamiento por abuso de sustancias, los que consumían fenciclidina como primera sustancia eran predominantemente negros (el 49 %) o hispanos (el 29 %).

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Los varones representan aproximadamente las tres cuartas partes de las personas con visitas a salas de urgencias relacionadas con la fenciclidina.

Marcadores diagnósticos

Las pruebas de laboratorio pueden ser útiles, puesto que la fenciclidina está presente en la orina en las personas intoxicadas hasta 8 días después de la ingestión. Los antecedentes del individuo, junto con ciertos signos físicos, tales como el nistagmo, la analgesia y una hipertensión importante, pueden ayudar a distinguir el cuadro clínico de la fenciclidina del de otros alucinógenos.

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de fenciclidina

En las personas con trastorno por consumo de fenciclidina puede haber evidencia física de lesiones causadas por accidentes, peleas y caídas. El uso crónico de fenciclidina puede producir déficits en la memoria, el habla y la cognición que pueden durar meses. Como consecuencia de la intoxicación con fenciclidina pueden aparecer toxicidades cardiovasculares y neurológicas (p. ej., convulsiones, distonías, discinesias, catalepsia, hipotermia o hipertermia). Otras consecuencias son la hemorragia intracranial, la rabdomiólisis, problemas respiratorios y (ocasionalmente) paro cardíaco.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos de consumo de sustancias. Distinguir los efectos de la fenciclidina de los de otras sustancias es importante, ya que puede ser un aditivo común a otras sustancias (p. ej., cannabis, cocaína).

Esquizofrenia y otros trastornos mentales. Algunos de los efectos del consumo de la fenciclidina y de sustancias relacionadas pueden parecerse a los síntomas de otros trastornos psiquiátricos, como la psicosis (esquizofrenia), el bajo estado de ánimo (trastorno depresivo mayor) y los comportamientos agresivos violentos (trastorno de conducta, trastorno de personalidad antisocial). Es importante discernir si estos comportamientos se produjeron antes de la ingesta del fármaco para diferenciar los efectos agudos de la droga de un trastorno mental preexistente. Se debe considerar el trastorno psicótico inducido por fenciclidina cuando, en las personas que sufren alteraciones en la percepción tras la ingestión de fenciclidina, aparece un juicio de realidad deteriorado.

Trastorno por consumo de otros alucinógenos

Criterios diagnósticos

- A. Un modelo problemático de consumo de alucinógenos (distintos de la fenciclidina) que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consume algún alucinógeno con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alucinógenos.
 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir el alucinógeno, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir un alucinógeno.
 5. Consumo recurrente de un alucinógeno que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej., ausencias repetidas del trabajo o bajo rendimiento escolar relacionados con el consumo del alucinógeno; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con el alucinógeno; desatención de los niños o del hogar).
 6. Consumo continuado de algún alucinógeno a pesar de sufrir problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal, provocados o agravados por sus efectos (p. ej., discusiones con un cónyuge sobre las consecuencias de la intoxicación, enfrentamientos físicos).
 7. El consumo del alucinógeno provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
 8. Consumo recurrente de alucinógenos en situaciones en las que es físicamente peligroso (p. ej., cuando se conduce un automóvil o se maneja maquinaria estando incapacitado por el consumo de un alucinógeno).
 9. Se continúa con el consumo de alucinógenos a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.
 10. Tolerancia, definida por alguno de los hechos siguientes:
 - a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de alucinógeno para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alucinógeno.

Nota: No se han establecido los síntomas ni los signos de la abstinencia de los alucinógenos, por lo que este criterio no se aplica.

Especificar el alucinógeno en particular.

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de otro alucinógeno, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alucinógenos", que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de otro alucinógeno, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un período de 12 meses o más (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alucinógenos", que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido a los alucinógenos.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si también existe una intoxicación por alucinógenos o algún otro trastorno mental inducido por alucinógenos, no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de alucinógenos. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de alucinógenos viene indicado por el carácter en 4ª posición del código del trastorno inducido por los alucinógenos (véase la nota de codificación de la intoxicación por alucinógenos o de un trastorno mental específico inducido por ellos). Por ejemplo, si existe un trastorno psicótico concomitante inducido por alucinógenos, solamente se indica el código del trastorno psicótico inducido por alucinógenos, cuyo carácter en 4ª posición indica si el trastorno concomitante por consumo de alucinógenos es leve, moderado o grave: F16.159 para un trastorno leve por consumo de alucinógenos con un trastorno psicótico inducido por alucinógenos, o F16.259 para un trastorno moderado o grave por consumo de alucinógenos con un trastorno psicótico inducido por alucinógenos.

Especificar la gravedad actual:

305.30 (F16.10) Leve: Presencia de 2-3 síntomas.

304.50 (F16.20) Moderado: Presencia de 4-5 síntomas.

304.50 (F16.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Especificadores

"En un entorno controlado" se aplica como un especificador adicional de remisión si el individuo está a la vez en remisión y en un entorno controlado (es decir, en remisión inicial en un entorno controlado o en remisión continuada y en un entorno controlado). Los ejemplos de estos entornos son los centros penitenciarios libres de drogas con estrecha supervisión, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas.

Características diagnósticas

Los alucinógenos comprenden un grupo diverso de sustancias que, a pesar de tener diferentes estructuras químicas y de implicar posiblemente diferentes mecanismos moleculares, producen alteraciones similares de la percepción, del estado de ánimo y de la cognición. Los alucinógenos implicados son las fenilalquilaminas (p. ej., la mescalina, DOM [2,5-dimetoxi-4-metilanfetamina] y MDMA [3,4-metilendioxi-metanfetamina, también conocida como "éxtasis"]), las indolaminas, como la psilocibina (es decir, la psilocina) y la dimetiltriptamina (DMT), y las ergolinas, como el LSD (la dietilamida del ácido lisérgico) y las semillas de gloria de la mañana. Además, otros compuestos etnobotánicos se clasifican como alucinógenos, dos ejemplos de los cuales son la *salvia divinorum* y el estramonio. Se excluyen del grupo de alucinógenos el cannabis y su principio activo, el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) (véase el apartado Trastorno por consumo de cannabis). Estas sustancias pueden tener efectos alucinógenos, pero se diagnostican por separado debido a las diferencias significativas en sus efectos psicológicos y de comportamiento.

Los alucinógenos se toman generalmente por vía oral, aunque algunas formas se fuman (p. ej., DMT, salvia) o se toman (raramente) por vía intranasal o se inyectan (p. ej., éxtasis). La duración de

los efectos varía en cada tipo de alucinógeno. Algunas de estas sustancias (es decir, LSD, MDMA) tienen una duración prolongada y una vida media larga, de tal manera que los usuarios pueden pasarse horas al día consumiendo y/o recuperándose de los efectos de las drogas. Sin embargo, otras drogas alucinógenas (p. ej., DMT, salvia) son de acción corta. La tolerancia a los alucinógenos se desarrolla con el uso repetido y se ha descrito que tienen tanto efectos psicológicos como autonómicos. Existe tolerancia cruzada entre el LSD y otros alucinógenos (p. ej., psilocibina, mescalina), pero no se extiende a otras categorías de drogas, tales como las anfetaminas y el cannabis.

La MDMA /éxtasis, como alucinógeno, puede tener efectos característicos atribuibles tanto a sus propiedades alucinógenas como estimulantes. Entre los consumidores de éxtasis (más del 50 % en los adultos y del 30 % en una muestra de jóvenes), los criterios más comúnmente detectados son el uso continuado a pesar de los problemas físicos o psicológicos, la tolerancia, el consumo de riesgo y el gasto de una gran cantidad de tiempo en la obtención de la sustancia, mientras que rara vez se refieren problemas jurídicos relacionados con el consumo de las sustancias y deseo persistente o incapacidad para abandonar el consumo. Como sucede en otras sustancias, los criterios diagnósticos del trastorno por consumo de otros alucinógenos se sitúan a lo largo de un *continuo* de gravedad.

Uno de los criterios genéricos para los trastornos por consumo de sustancias, el síndrome de abstinencia clínicamente significativo, no se ha documentado consistentemente en los seres humanos, y por lo tanto el diagnóstico de síndrome de abstinencia de alucinógenos no está incluido en el DSM-5. Sin embargo, hay pruebas de la abstinencia de MDMA, con el respaldo de dos o más síntomas de abstinencia de carácter psicológico y físico observados en el 59-98 % de los consumidores de éxtasis de las muestras seleccionadas.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

Los síntomas característicos de algunos de los alucinógenos pueden facilitar el diagnóstico, si no están disponibles los análisis toxicológicos de orina o sangre. Por ejemplo, las personas que usan LSD tienden a experimentar alucinaciones visuales que pueden ser aterradoras. Las personas intoxicadas con alucinógenos pueden exhibir un aumento temporal de las tendencias suicidas.

Prevalencia

De todos los trastornos por consumo de sustancias, este trastorno es uno de los más raros. La prevalencia en Estados Unidos a los 12 meses se estima en un 0,5 % entre los 12 y los 17 años, y del 0,1 % entre los adultos mayores de 18 años. Las tasas son más altas en los hombres adultos (el 0,2 %) en comparación con las mujeres (el 0,1 %), pero se observa lo contrario en las muestras de adolescentes de 12 a 17 años, en los que la tasa a los 12 meses es ligeramente superior en las mujeres (el 0,6 %) que en los hombres (el 0,4 %). Las cifras son más elevadas en los individuos menores de 30 años, con el pico máximo en los individuos con edades entre los 18 y los 29 años (el 0,6 %) y la tasa mínima, de casi el 0,0 %, entre las personas mayores de 45 años.

Existen diferencias étnicas marcadas en la prevalencia a los 12 meses del trastorno por consumo de otros alucinógenos. Entre los jóvenes de edades comprendidas entre los 12 y los 17 años, la prevalencia es mayor entre los nativos americanos y los nativos de Alaska (el 1,2 %) que entre los hispanos (el 0,6 %), los blancos (el 0,6 %), los afroamericanos (el 0,2 %), y los americanos asiáticos y de las islas del Pacífico (el 0,2 %). Entre los adultos, la prevalencia a los 12 meses es similar para los nativos americanos y los nativos de Alaska, los blancos y los hispanos (todos el 0,2 %), pero algo menor para los estadounidenses asiáticos y de las islas del Pacífico (el 0,07 %) y los afroamericanos (0,03 %). La prevalencia durante el año anterior es mayor en las muestras clínicas (p. ej., el 19 % de los adolescentes en tratamiento). Entre los individuos que actualmente utilizan alucinógenos en la población general, el 7,8 % (los adultos) y el 17 % (los adolescentes) presentaban un patrón problemático de consumo que cumplía con los criterios de trastorno por consumo de otros alucinógenos el año anterior. Entre grupos seleccionados de personas que tomaban alucinógenos (p. ej., los grandes consumidores de éxtasis en la actualidad), el 73,5 % de los adultos y el 77 % de los adolescentes presentaban un patrón problemático de consumo compatible con un diagnóstico de trastorno por consumo de otros alucinógenos.

Desarrollo y curso

A diferencia de la mayoría de las sustancias en las que una edad temprana de inicio se asocia con un aumento del riesgo para el trastorno por consumo correspondiente, no está claro que exista una asociación entre una

edad temprana de inicio y un mayor riesgo de trastorno por consumo de otros alucinógenos. Sin embargo, se han encontrado patrones de consumo de drogas que difieren según la edad de inicio, siendo los usuarios con un inicio temprano de éxtasis los que más probabilidades tienen de ser policonsumidores en comparación con sus homólogos de inicio tardío. El consumo de un alucinógeno específico puede tener una influencia desproporcionada sobre el riesgo de desarrollar otro trastorno por consumo de otros alucinógenos, de este modo el consumo de éxtasis/MDMA aumenta el riesgo en comparación con otros alucinógenos.

Se sabe poco sobre el curso del trastorno por consumo de otros alucinógenos, pero generalmente se cree que tiene una baja incidencia, baja persistencia y altas tasas de recuperación. Los adolescentes están especialmente en riesgo de consumir estas sustancias, y se estima que el 2,7 % de los jóvenes de entre 12 y 17 años han ingerido una o más de estas drogas en los últimos 12 meses, de los cuales un 44 % había consumido éxtasis/MDMA. Este trastorno se ha observado principalmente en las personas menores de 30 años, con casos muy poco frecuentes en los adultos mayores.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. En los adolescentes, el consumo de MDMA se asocia con una elevada tasa de trastorno por consumo de otros alucinógenos, aunque esto no ocurre de una manera consistente en los adultos. Las tasas elevadas de este trastorno se asocian a otros trastornos por consumo de sustancias, sobre todo de alcohol, tabaco y cannabis, y al trastorno depresivo mayor. El trastorno de personalidad antisocial es frecuente entre las personas que consumen más de dos drogas, además de los alucinógenos, en comparación con sus homólogos con menor historial de consumo. La influencia sobre los comportamientos antisociales en los adultos, aunque no sobre el trastorno de conducta o el trastorno antisocial de la personalidad, puede ser más importante entre las mujeres que entre los hombres. El consumo de alucinógenos específicos (p. ej., salvia) destaca entre los individuos de edades comprendidas entre los 18 y los 25 años que despliegan otras conductas de riesgo y actividades ilegales. El consumo de cannabis también ha estado implicado como precursor del inicio del consumo de alucinógenos (p. ej., éxtasis), junto con el uso precoz del alcohol y el tabaco. El consumo de las drogas de los compañeros y la búsqueda de sensaciones fuertes se han asociado con altas tasas de consumo de éxtasis. El consumo de MDMA/éxtasis suele encontrarse en el grupo más grave de consumidores de alucinógenos.

Genéticos y fisiológicos. Entre los gemelos de sexo masculino, la varianza genética total se ha estimado en un rango del 26 al 79 %, con pruebas contradictorias respecto a las influencias ambientales compartidas.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Históricamente, los alucinógenos se han utilizado como parte de las prácticas religiosas establecidas, tales como el uso del peyote en la Iglesia Nativa Americana y en México. Se ha producido el consumo ritual de psilocibina obtenida de ciertos tipos de hongos en las poblaciones indígenas en América del Sur, México y en algunas zonas de Estados Unidos, o de la ayahuasca en las sectas Santo Daime y Uníao de Vegetal. El uso regular de peyote, como parte de los rituales religiosos, no está vinculado a déficits neuropsicológicos y psicológicos. En los adultos, por el momento, no se han encontrado diferencias por raza u origen étnico ni para los criterios completos ni para ningún criterio individual.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Entre los adolescentes, las mujeres pueden ser menos propensas que los hombres a desarrollar "consumo de riesgo", aunque el sexo femenino tiene una mayor probabilidad de padecer el trastorno por consumo de otros alucinógenos.

Marcadores diagnósticos

Las pruebas de laboratorio pueden ser útiles para distinguir entre los diferentes alucinógenos. Sin embargo, debido a que algunos agentes (p. ej., LSD) son tan potentes que, con tan sólo 75 µg pueden producir reacciones graves, el examen toxicológico típico no siempre revela qué sustancia se ha utilizado.

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de otros alucinógenos

Existe evidencia de los efectos neurotóxicos a largo plazo del consumo de MDMA/éxtasis, entre los que están las alteraciones en la memoria, la función psicológica y la función neuroendocrina, la disfunción del sistema serotoninérgico, la alteración del sueño, así como efectos adversos en la microvascularización del cerebro, en la maduración de la materia blanca y daño de axones. El uso de MDMA/éxtasis puede disminuir la conectividad funcional entre las regiones del cerebro.

Diagnóstico diferencial

Otros trastornos de consumo de sustancias. Los efectos de los alucinógenos se deben distinguir de los de otras sustancias (p. ej., anfetaminas), sobre todo debido a que la contaminación de los alucinógenos con otros fármacos es relativamente frecuente.

Esquizofrenia. La esquizofrenia también debe descartarse, ya que algunos individuos afectados (p. ej., las personas con esquizofrenia que presentan paranoia) pueden atribuir falsamente sus síntomas al uso de alucinógenos.

Otros trastornos mentales o problemas médicos. Otros trastornos o afecciones a tener en cuenta son el trastorno de pánico, los trastornos bipolares y depresivos, la abstinencia de alcohol o sedantes, la hipoglucemia y otras afecciones metabólicas, el trastorno convulsivo, el infarto, los trastornos oftalmológicos y los tumores del sistema nervioso central. Una cuidadosa historia del consumo de drogas, la información eventual de la familia y los amigos (si es posible), la edad, la historia clínica, el examen físico y los informes de toxicología son útiles para llegar a la decisión diagnóstica final.

Comorbilidad

Los adolescentes que usan MDMA/éxtasis y otros alucinógenos, así como los adultos que han utilizado recientemente el éxtasis, tienen una mayor prevalencia de otros trastornos por consumo de sustancias en comparación con los usuarios de sustancias no alucinógenas. Las personas que consumen alucinógenos, en particular el éxtasis y la salvia, presentan una mayor comorbilidad de trastornos mentales diferentes a los de consumo de sustancias (especialmente trastornos de ansiedad, bipolares y depresivos). Los índices de trastorno de personalidad antisocial y de comportamiento antisocial adulto (pero no el trastorno de conducta) son significativamente elevados entre las personas con este trastorno. Sin embargo, no está claro si las afecciones mentales pueden ser precursores en lugar de consecuencias de este trastorno (véase el apartado Factores de riesgo y pronóstico para esta afección). Tanto los adultos como los adolescentes que consumen éxtasis son más propensos que otros consumidores de drogas a ser policonsumidores y a desarrollar otros trastornos por consumo de drogas.

Intoxicación por fenciclidina

Criterios diagnósticos

- A. Consumo reciente de fenciclidina (o una sustancia farmacológicamente similar).
- B. Cambios de comportamiento problemáticos clínicamente significativos (p. ej., belicosidad, agresividad, impulsividad, imprevisibilidad, agitación psicomotora, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo de fenciclidina.
- C. Dos (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen en el plazo de una hora:

Nota: Si la droga se fuma, se esnifa o se administra por vía intravenosa, el inicio puede ser especialmente rápido.

1. Nistagmo vertical u horizontal.
2. Hipertensión o taquicardia.

3. Entumecimiento o reducción de la respuesta al dolor.
4. Ataxia.
5. Disartria.
6. Rigidez muscular.
7. Convulsiones o coma.

8. Hiperacusia.

D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluido una intoxicación con otra sustancia.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **292.89**. El código CIE-10-MC dependerá de si existe un trastorno concomitante por consumo de fenciclidina. Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de fenciclidina, el código CIE-10-MC es **F16.129**, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de fenciclidina, el código CIE-10-MC es **F16.229**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de fenciclidina, el código CIE-10-MC es **F16.929**.

Nota: Además del apartado Consecuencias funcionales de la intoxicación por fenciclidina, véase el apartado correspondiente en trastorno por consumo de fenciclidina.

Características diagnósticas

La intoxicación por fenciclidina refleja unos cambios de comportamiento clínicamente significativos que se producen poco después de la ingestión de esta sustancia (o una sustancia farmacológicamente similar). Las manifestaciones clínicas más comunes de la intoxicación son desorientación, confusión sin alucinaciones, alucinaciones o delirios, un síndrome de tipo catatónico y un coma de gravedad variable. La intoxicación suele durar varias horas, pero dependiendo del tipo de presentación clínica y de si se consumieron otras drogas además de la fenciclidina, puede durar varios días o incluso más.

Prevalencia

El consumo de fenciclidina o de sustancias relacionadas se puede tomar como una estimación de la prevalencia de la intoxicación. Aproximadamente el 2,5 % de los encuestados en la población general ha consumido fenciclidina alguna vez. Entre los estudiantes de secundaria, el 2,3 % de los estudiantes de 2º de Bachillerato afirmó haber consumido fenciclidina, con un 57 % de consumidores en los últimos 12 meses. Esto representa un aumento en comparación con fechas anteriores a 2011. El consumo anual de ketamina, que se ha evaluado por separado del de otras sustancias, se ha mantenido estable en el tiempo, con cerca de un 1,7 % de consumo en los estudiantes de 2º de Bachillerato.

Marcadores diagnósticos

Las pruebas de laboratorio pueden ser útiles, puesto que la fenciclidina es detectable en la orina durante un máximo de 8 días después de su consumo, aunque los niveles están débilmente asociados con la presentación clínica y, por lo tanto, no pueden ser de utilidad para el manejo de los casos individuales. Los niveles de la creatina-fosfoquinasa y de la aspartato-aminotransferasa pueden estar elevados.

Consecuencias funcionales de la intoxicación por fenciclidina

La intoxicación por fenciclidina produce gran toxicidad cardiovascular y neurológica (p. ej., convulsiones, distonías, discinesias, catalepsia, hipotermia o hipertermia).

Diagnóstico diferencial

En ausencia de un juicio de realidad intacto (es decir, sin introspección de la anormalidad perceptiva), se debería considerar un diagnóstico adicional de trastorno psicótico inducido por fenciclidina.

Intoxicación por otras sustancias. La intoxicación por fenciclidina debe diferenciarse de la intoxicación por otras sustancias, entre las que están otros alucinógenos, las anfetaminas, la cocaína u otros

estimulantes, y de la abstinencia de los anticolinérgicos y las benzodiazepinas. El nistagmo y el comportamiento violento y extraño pueden diferenciar la intoxicación por fenciclidina de la debida a otras sustancias. Las pruebas toxicológicas pueden ser útiles para hacer esta distinción, ya que la fenciclidina es detectable en la orina durante un máximo de 8 días después de su consumo. Sin embargo, existe una correlación débil entre los niveles cuantitativos de toxicología de fenciclidina y la presentación clínica, lo que disminuye la utilidad de los hallazgos de laboratorio para el manejo del paciente.

Otras afecciones. Otras afecciones que deben considerarse son la esquizofrenia, la depresión, la abstinencia de otras sustancias (p. ej., sedantes, alcohol), ciertos trastornos metabólicos como la hipoglucemia y la hiponatremia, los tumores del sistema nervioso central, los trastornos convulsivos, la sepsis, el síndrome neuroléptico maligno y el daño vascular.

Intoxicación por otros alucinógenos

Criterios diagnósticos

- A. Consumo reciente de un alucinógeno (distinto de la fenciclidina).
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej., ansiedad o depresión notables, ideas de referencia, miedo a "perder la cabeza", ideas paranoides, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo del alucinógeno.
- C. Cambios en la percepción que suceden estando plenamente despierto y alerta (p. ej., intensificación subjetiva de las percepciones, despersonalización, pérdida de contacto con la realidad, ilusiones, alucinaciones, sinestesias) que aparecen durante o poco después del consumo de alucinógenos.
- D. Dos (o más) de los signos siguientes que aparecen durante o poco después de consumir el alucinógeno:
 - 1. Dilatación pupilar.
 - 2. Taquicardia.
 - 3. Sudoración.
 - 4. Palpitaciones.
 - 5. Visión borrosa.
 - 6. Temblores.
 - 7. Incoordinación.
- E. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **292.89**. El código CIE-10-MC dependerá de si existe un trastorno concomitante por consumo de alucinógenos. Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de alucinógenos, el código CIE-10-MC es **F16.129**, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de alucinógenos, el código CIE-10-MC es **F16.229**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de alucinógenos, el código CIE-10-MC es **F16.929**.

Nota: Para más información acerca de las características asociadas que apoyan el diagnóstico y los aspectos diagnósticos relacionados con la cultura, véanse los apartados correspondientes en trastorno por consumo de otros alucinógenos.

Características diagnósticas

La intoxicación por otros alucinógenos produce cambios de comportamiento o psicológicos clínicamente significativos poco después de la ingesta. Dependiendo del alucinógeno específico, la intoxicación puede durar sólo unos minutos (p. ej., por salvia) o varias horas o más (p. ej., por LSD lamida del ácido lisérgico) o por MDMA [3,4-metilendioximetanfetamina]).

Prevalencia

La prevalencia de la intoxicación por otros alucinógenos se estima por el consumo de esas sustancias. En Estados Unidos, un 1,8 % de los individuos mayores de 12 años afirma haber consumido alucinógenos en el pasado año. El consumo es más frecuente entre las personas más jóvenes, con el 3,1 % de los 12 a los 17 años y el 7,1 % de consumidores de los 18 a los 25 años durante el año anterior, en comparación con sólo el 0,7 % de las personas mayores de 26 años. La prevalencia a los doce meses es más frecuente en los hombres (el 2,4 %) que en las mujeres (el 1,2 %), y más aún entre los jóvenes de 18 a 25 años (el 9,2 % para los hombres frente al 5,0 % para las mujeres). En contraste, entre los individuos de edades entre los 12 y los 17 años, no hay diferencias de género (el 3,1 % para ambos sexos). Estas cifras pueden ser utilizadas como estimaciones aproximadas de prevalencia según el sexo de la intoxicación por otros alucinógenos.

Riesgo de suicidio

La intoxicación por otros alucinógenos puede aumentar la tendencia al suicidio, aunque éste es raro entre los consumidores de sustancias alucinógenas.

Consecuencias funcionales de la intoxicación por otros alucinógenos

La intoxicación por otros alucinógenos puede tener consecuencias graves. Los trastornos de la percepción y el deterioro del juicio asociados con la intoxicación pueden producir lesiones o muertes por accidentes automovilísticos, peleas físicas o autolesiones no intencionales (p. ej., por intentos de "volar" desde lugares altos). Los factores ambientales y de personalidad, y las expectativas de la persona que consume el alucinógeno, pueden contribuir a la naturaleza y la gravedad de la intoxicación por alucinógenos. El consumo continuado de alucinógenos, sobre todo la MDMA, también se ha relacionado con efectos neurotóxicos.

Diagnóstico diferencial

Intoxicación por otras sustancias. Esta intoxicación se debe diferenciar de la intoxicación por anfetaminas, cocaína u otros estimulantes, de la de anticolinérgicos e inhalantes y de la de fenciclidina. Las pruebas toxicológicas y la determinación de la vía de administración son útiles para hacer esta distinción.

Otras afecciones. Otros trastornos y afecciones que hay que considerar son la esquizofrenia, la depresión, la abstinencia de otras drogas (p. ej., sedantes, alcohol), ciertos trastornos metabólicos (p. ej., hipoglucemia), los trastornos convulsivos, los tumores del sistema nervioso central y los daños vasculares.

Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos. Los síntomas del trastorno perceptivo persistente continúan de forma episódica o continua durante semanas (o más) tras una intoxicación reciente.

Trastornos inducidos por otros alucinógenos. La intoxicación por otros alucinógenos se distingue de los trastornos inducidos por otros alucinógenos (p. ej., el trastorno de ansiedad inducida por alucinógenos, con inicio durante la intoxicación), ya que los síntomas de estos últimos trastornos predominan en la presentación clínica y son lo suficientemente graves como para merecer una atención clínica independiente.

Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos

Criterios diagnósticos

292.89 (F16.983)

- A. Volver a experimentar uno o más síntomas de tipo perceptual como los que se experimentaron durante la intoxicación con el alucinógeno después de haber cesado su consumo (es decir, alucinaciones geométricas, percepciones erróneas de movimiento en los campos visuales periféricos, destellos de color, intensificación de los colores, rastros tras las imágenes de objetos en movimiento, imágenes remanentes positivas, halos alrededor de los objetos, macropsia y micropsia).
- B. Los síntomas del Criterio A provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. Los síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica (p. ej., lesiones anatómicas e infecciones del cerebro, afectación visual de la epilepsia) y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., delirium, trastorno neurocognitivo mayor, esquizofrenia) o alucinaciones hipnopómpicas.

Características diagnósticas

El sello distintivo del trastorno perceptivo persistente por alucinógenos es la reexperimentación, cuando el individuo está sobrio, de los trastornos de la percepción que se vivieron mientras el individuo estaba intoxicado con el alucinógeno (Criterio A). Los síntomas pueden incluir cualquiera de las perturbaciones perceptivas, pero tienden a predominar los trastornos visuales. Dentro de las percepciones visuales anormales, suelen ser típicas las alucinaciones geométricas, las percepciones falsas de movimiento en los campos visuales periféricos, los destellos de color, la intensificación de los colores, las estelas de los objetos en movimiento (es decir, visualizar un objeto que está girando como si estuviera inmóvil o girando muy lentamente como se ve en la fotografía estroboscópica), las postimágenes positivas (es decir, una "sombra" del mismo color o de color complementario de un objeto que queda después de extraer el objeto), halos alrededor de los objetos, o percepción errónea de las imágenes como demasiado grandes (macropsia) o demasiado pequeñas (micropsia). La duración de los trastornos de la visión puede ser episódica o casi continua y debe provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral, o en otras áreas importantes del funcionamiento (Criterio B). Las perturbaciones pueden durar semanas, meses o años. Deben descartarse otras explicaciones de las alteraciones (p. ej., lesiones cerebrales, psicosis preexistente, trastornos convulsivos, migraña con aura y sin dolores de cabeza) (Criterio C).

El trastorno perceptivo persistente por alucinógenos se produce principalmente después de consumir LSD (dietilamida del ácido lisérgico), pero no exclusivamente. No parece haber una fuerte correlación entre el trastorno perceptivo persistente por alucinógenos y la cantidad de ocasiones en que se consumieron, y se han encontrado algunos casos de trastorno perceptivo persistente en personas con una exposición mínima a los alucinógenos. Algunos casos de este trastorno pueden estar provocados por el consumo de otras sustancias (p. ej., cannabis o alcohol) o durante la adaptación a la oscuridad.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El juicio de realidad permanece intacto en las personas con trastorno de la percepción persistente por alucinógenos (es decir, el individuo es consciente de que la perturbación está vinculada al efecto de la droga). De no estar claro éste, otro trastorno podría explicar mejor las percepciones anormales.

Prevalencia

Las estimaciones de prevalencia del trastorno perceptivo persistente por alucinógenos son desconocidas. Las estimaciones de prevalencia inicial de la afección entre las personas que consumen alucinógenos son de aproximadamente un 4,2 %.

Desarrollo y curso

Poco se sabe sobre el desarrollo del trastorno perceptivo persistente por alucinógenos. Su curso, como lo sugiere su nombre, es persistente: dura semanas, meses o incluso años en algunos individuos.

Factores de riesgo y pronóstico

Hay poca evidencia sobre los factores de riesgo para el trastorno perceptivo persistente por alucinógenos, aunque se han sugerido los factores genéticos como una posible explicación que subyace a la susceptibilidad a los efectos del LSD de este trastorno.

Consecuencias funcionales del trastorno perceptivo persistente por alucinógenos

Aunque el trastorno perceptivo persistente por alucinógenos se mantiene de forma crónica en algunos casos, muchas de las personas con el trastorno son capaces de suprimir las alteraciones y continuar funcionando con normalidad.

Diagnóstico diferencial

Las afecciones que deben descartarse incluyen la esquizofrenia, otros efectos de las drogas, las afecciones neurodegenerativas, los accidentes cerebrovasculares, los tumores cerebrales, las infecciones y los traumatismos craneales. Los resultados de la neuroimagen en los casos de trastorno perceptivo persistente por alucinógenos suelen ser negativos. Como se ha indicado anteriormente, el juicio de realidad permanece intacto (es decir, el individuo es consciente de que la perturbación está vinculada al efecto de la droga), y si no fuera éste el caso, otro trastorno (p. ej., un trastorno psicótico, otra afección médica) podría explicar mejor las percepciones anormales.

Comorbilidad

Los trastornos mentales comórbidos comunes que acompañan al trastorno perceptivo persistente por alucinógenos son el trastorno de pánico, el trastorno por consumo de alcohol y el trastorno depresivo mayor.

Otros trastornos inducidos por fenciclidina

En otros capítulos del manual se describen otros trastornos inducidos por fenciclidina, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por fenciclidina (Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos), trastorno bipolar inducido por fenciclidina (Trastorno bipolar y trastornos relacionados), trastorno depresivo inducido por fenciclidina (Trastornos depresivos) y trastorno de ansiedad inducido por fenciclidina (Trastornos de ansiedad). Con respecto al delirium por intoxicación por fenciclidina, véanse los criterios y la discusión del delirium en el capítulo Trastornos neurocognitivos. Estos trastornos provocados por la fenciclidina solamente se diagnostican, en lugar de la intoxicación por fenciclidina, cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para requerir una atención clínica independiente.

Trastornos inducidos por otros alucinógenos

Los siguientes trastornos inducidos por otros alucinógenos se describen en otros capítulos del manual, junto con los trastornos con los que comparten sintomatología (véanse los trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos en estos capítulos): trastorno psicótico inducido por otros alucinógenos (Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos), trastorno bipolar inducido por otros alucinógenos (Trastorno bipolar y trastornos relacionados), trastorno depresivo inducido por

otros alucinógenos (Trastornos depresivos) y trastorno de ansiedad inducido por otros alucinógenos (Trastornos de ansiedad). Con respecto al delirium por intoxicación por otros alucinógenos, véanse los criterios y la discusión del delirium en el capítulo Trastornos neurocognitivos. Estos trastornos provocados por los alucinógenos solamente se diagnostican, en lugar de la intoxicación por otros alucinógenos, cuando los síntomas son lo suficientemente graves como para requerir una atención clínica independiente.

Trastorno relacionado con la fenciclidina no especificado

292.9 (F16.99)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con la fenciclidina que causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con la fenciclidina o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

Trastorno relacionado con los alucinógenos no especificado

292.9 (F16.99)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno relacionado con un alucinógeno que causan un malestar clínicamente significativo o un deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ningún trastorno específico relacionado con un alucinógeno o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.

Trastornos relacionados con los inhalantes

Trastorno por consumo de inhalantes

Intoxicación por inhalantes

Otros trastornos inducidos por inhalantes

Trastorno relacionado con inhalantes no especificado

Trastorno por consumo de inhalantes

Criterios diagnósticos

- A. Un modelo problemático de consumo de una sustancia inhalante a base de hidrocarburos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al, menos, por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consume un inhalante con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo del inhalante.

3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir el inhalante, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir un inhalante.
5. Consumo recurrente de un inhalante que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de un inhalante a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de su consumo.
7. El consumo del inhalante provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de un inhalante en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo del inhalante a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por esa sustancia.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de inhalante para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de inhalante.

Especificar el inhalante en particular: Cuando sea posible se debe indicar el nombre de la sustancia específica (p. ej., trastorno por consumo de disolventes).

Especificar si:

En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de inhalantes, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir inhalantes", que puede haberse cumplido).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de inhalantes, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un período de 12 meses o más (excepto el Criterio A4, "Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir inhalantes", que puede haberse cumplido).

Especificar si:

En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido a los inhalantes.

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos CIE-10-MC: Si también existe una intoxicación por inhalantes o cualquier otro trastorno mental inducido por ellos, no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de inhalantes. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de inhalantes viene indicado por el carácter en 4ª posición del código del trastorno inducido por ellos (véase la nota de codificación de la intoxicación por inhalantes, o de un trastorno mental específico inducido por ellos). Por ejemplo, si existe un trastorno depresivo inducido por inhalantes y un trastorno por consumo de inhalantes concomitante, solamente se indica el código del trastorno depresivo inducido por inhalantes, cuyo carácter en 4ª posición indica si el trastorno concomitante por consumo de inhalantes es leve, moderado o grave: F18.14 para un trastorno leve por consumo de inhalantes con un trastorno depresivo inducido por inhalantes, o F18.24 para un trastorno moderado o grave por consumo de inhalantes con un trastorno depresivo inducido por inhalantes.

Especificar la gravedad actual:

305.90 (F18.10) Leve: Presencia de 2-3 síntomas.

304.60 (F18.20) Moderado: Presencia de 4-5 síntomas.

304.60 (F18.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas.

Especificadores

Este manual considera que si el consumo de hidrocarburos volátiles satisface los criterios diagnósticos anteriores, se trata de un trastorno por consumo de inhalantes. Los hidrocarburos volátiles son gases tóxicos de los pegamentos, combustibles, pinturas y otros compuestos volátiles. Cuando sea posible, se debe especificar la sustancia involucrada en particular (p. ej., trastorno por consumo de tolueno). Sin embargo, la mayoría de los compuestos que se inhalan son una mezcla de varias sustancias que producen efectos psicoactivos, y a menudo es difícil determinar la sustancia exacta responsable del trastorno. A menos que haya pruebas claras de que se ha utilizado una única sustancia sin mezclar, se debe emplear el término general de inhalantes en la codificación del diagnóstico. Los desórdenes derivados de la inhalación de óxido nitroso o de nitritos volátiles (amil, butil e isobutil) se consideran un trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas).

"En un entorno controlado" se aplica como un especificador adicional de remisión si el individuo está a la vez en remisión y en un entorno controlado (es decir, en remisión inicial en un entorno controlado o en remisión continuada en un entorno controlado). Los ejemplos de estos entornos son los centros penitenciarios libres de drogas con estrecha supervisión, las comunidades terapéuticas y las unidades hospitalarias cerradas.

La gravedad de los individuos con trastorno por consumo de inhalantes se cuantifica por el número de criterios diagnósticos que cumple. Los cambios en la gravedad del trastorno a lo largo del tiempo se reflejan por la reducción en la frecuencia (p. ej., los días que se inhala cada mes) y/o la dosis (p. ej., los tubos de pegamento por día), según se refiera en la evaluación por el autoinforme, los informe de allegados, las observaciones del clínico y las pruebas biológicas (cuando sea posible).

Características diagnósticas

Las características del trastorno por consumo de inhalantes implican el uso repetido de una sustancia inhalante a pesar de que el individuo sabe que la sustancia le está causando graves problemas (Criterio A9). Estos problemas se reflejan en los criterios diagnósticos. Pueden tener lugar el absentismo laboral o académico o la incapacidad para llevar a cabo las responsabilidades cotidianas en el trabajo o la escuela (Criterio A5), y el uso continuado de la sustancia inhalante a pesar de que conlleva discusiones con la familia o los amigos, peleas y otros problemas sociales o interpersonales (Criterio A6). Además, se puede limitar el contacto con la familia, el trabajo o las obligaciones escolares o las actividades recreativas (p. ej., los deportes, los juegos, las aficiones) (Criterio A7). También se ha observado consumo de inhalantes mientras se conduce o maneja maquinaria peligrosa (Criterio A8).

Alrededor de un 10 % de los consumidores de inhalantes ha referido experimentar tolerancia (Criterio A10) y abstinencia leve, aunque algunas personas siguen consumiendo para evitar el síndrome de abstinencia. Sin embargo, debido a que los síntomas de abstinencia son leves, este manual no reconoce un diagnóstico de abstinencia de inhalantes ni incorpora las quejas por abstinencia como criterio diagnóstico del trastorno por consumo de inhalantes.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

El diagnóstico de trastorno por consumo de inhalantes se fundamenta en la presencia de episodios recurrentes de intoxicación con resultados negativos en los análisis de drogas estándar (que no detectan los inhalantes), en la posesión de sustancias inhalantes o la presencia de su olor persistente, en la existencia de un "sarpullido del esnifador de pegamento" en la zona perioral o perinasal, en la existencia de una relación con otros individuos conocidos por usar inhalantes, en la pertenencia a grupos con un consumo de inhalantes prevalente (p. ej., algunas comunidades nativas o indígenas, los niños sin hogar en pandillas callejeras), en la facilidad de acceso a ciertas sustancias inhalantes, en la posesión de parafernalia, en la presencia de complicaciones médicas características del trastorno (p. ej., patología cerebral de la sustancia blanca, rabdomiólisis) y en la presencia de múltiples trastornos por consumo de sustancias. El uso de inhalantes y el trastorno por consumo de inhalantes están asociados con intentos previos de suicidio, especialmente entre los adultos con antecedentes personales de episodios de bajo estado de ánimo o anhedonia.

Prevalencia

Cerca del 0,4 % de los estadounidenses de entre 12 a 17 años tiene un patrón de uso que cumple con los criterios de trastorno por consumo de inhalantes en los últimos 12 meses. Entre los jóvenes, la

prevalencia es mayor en los indígenas americanos y más baja en los afroamericanos. La prevalencia cae hasta alrededor de 0,1 % entre los estadounidenses de entre 18 y 29 años, y es sólo del 0,02 cuando se consideran todos los estadounidenses mayores de 18 años, casi sin mujeres y con predominio de los americanos de origen europeo. Por supuesto, en los subgrupos aislados, la prevalencia puede diferir considerablemente de estas tasas globales.

Desarrollo y curso

Alrededor del 10 % de los adolescentes estadounidenses de 13 años refiere haber consumido inhalantes al menos una vez. Este porcentaje se mantiene estable hasta la edad de 17 años. Entre los 12 y los 17 años los inhalantes más consumidos son el pegamento, el betún o el tolueno, la gasolina o el líquido para los encendedores, o las pinturas en aerosol.

Sólo el 0,4 % de los consumidores de entre 12 y 17 años desarrolla un trastorno por consumo de inhalantes; estos jóvenes tienden a mostrar varios problemas. La prevalencia decreciente del trastorno después de la adolescencia indica que, por lo general, remite en la edad adulta inicial.

El trastorno por consumo de hidrocarburo volátil es raro en los niños prepúberes, más común en los adolescentes y los adultos jóvenes y muy poco frecuente en las personas mayores. El mayor flujo de llamadas a los centros de control toxicológico tras el "abuso intencional" de inhalantes afecta a los individuos de 14 años. De los adolescentes que usan inhalantes, tal vez una quinta parte desarrolle el trastorno, unos pocos mueren a causa de los accidentes relacionados con los inhalantes, o fallecen a causa de una "muerte súbita por inhalación". Pero la afección aparentemente remite en muchos individuos después de la adolescencia. De este modo, la prevalencia disminuye drásticamente entre los individuos de 20 años. Las personas con trastorno por consumo de inhalantes en la edad adulta a menudo tienen graves problemas: trastornos por consumo de sustancias, trastorno de la personalidad antisocial e ideación e intentos de suicidio.

Factores de riesgo y pronóstico

Temperamentales. Los predictores de la progresión desde la no utilización al consumo, y desde ahí al trastorno, son los trastornos por uso de sustancias no inhalantes comórbidos y un trastorno de conducta o un trastorno de la personalidad antisocial. Otros predictores son el inicio precoz de su consumo y la asistencia previa a servicios de salud mental.

Ambientales. Los gases inhalantes están amplia y legalmente disponibles, aumentando el riesgo de mal uso. El maltrato o el trauma infantil también se asocian con la progresión en los jóvenes desde la falta de consumo hasta el trastorno.

Genéticos y fisiológicos. La desinhibición del comportamiento es una tendencia general, altamente heredable, a no someter el comportamiento a unas formas socialmente aceptables, a romper las normas y las reglas sociales y a arriesgarse peligrosamente, en busca en exceso de recompensas a pesar de la probabilidad de consecuencias adversas. Los jóvenes con gran desinhibición comportamental presentan factores de riesgo de trastorno por consumo de inhalantes, tales como, trastorno por consumo de sustancias de inicio precoz, policonsumo y problemas tempranos de conducta. Debido a que la desinhibición del comportamiento está sometida a una fuerte influencia genética, los jóvenes de familias con problemas de sustancias y de comportamiento antisocial están en especial riesgo de trastorno por consumo de inhalantes.

Aspectos diagnósticos relacionados con la cultura

Ciertas comunidades nativas o aborígenes han experimentado una alta prevalencia de problemas con inhalantes. Además, en algunos países, los grupos de niños sin hogar en las pandillas callejeras tienen grandes problemas de consumo de inhalantes.

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Aunque la prevalencia del trastorno por consumo de inhalantes es casi idéntica en los varones y las mujeres adolescentes, el trastorno es muy poco frecuente entre las mujeres adultas.

Marcadores diagnósticos

Las pruebas en orina, aliento o saliva pueden ser útiles para evaluar el uso concomitante de sustancias que no son inhaladas en las personas con un trastorno por consumo de inhalantes. Sin embargo, los

problemas técnicos y el gasto considerable de los análisis hacen que sea poco práctica la determinación habitual de pruebas biológicas para los propios inhalantes.

Consecuencias funcionales del trastorno por consumo de inhalantes

Debido a la toxicidad inherente, el uso de gas butano o propano suele ser mortal. Por otra parte, los hidrocarburos volátiles inhalados pueden producir "muerte súbita por inhalación" debido a una arritmia cardíaca. Las muertes pueden suceder incluso en la primera exposición a los inhalantes y no se cree que esté relacionada con la dosis. El uso de hidrocarburos volátiles deteriora la función neuroconductual y provoca diversos problemas gastrointestinales, neurológicos, cardiovasculares y pulmonares.

Los consumidores de inhalantes a largo plazo tienen un mayor riesgo de tuberculosis, VIH/sida, afecciones de transmisión sexual, depresión, ansiedad, bronquitis, asma y sinusitis. Las muertes pueden suceder por depresión respiratoria, arritmias, asfixia, aspiración de vómito, o por lesiones y accidentes.

Diagnóstico diferencial

Exposición a inhalantes (involuntaria) por accidentes de trabajo u otros. Esta denominación se utiliza cuando los hallazgos sugieren la exposición por inhalación repetida o continua, pero la persona involucrada y otros informantes niegan cualquier antecedente de consumo intencional de inhalantes.

Uso de inhalantes (intencional), sin el cumplimiento de los criterios de trastorno por consumo de inhalantes. El uso de inhalantes es común entre los adolescentes, pero para la mayoría de los individuos, el uso de inhalantes no cumple con el estándar diagnóstico de dos o más ítems del Criterio A del trastorno por consumo de inhalantes en el último año.

Intoxicación por inhalantes, sin el cumplimiento de los criterios de trastorno por consumo de inhalantes. La intoxicación por inhalantes aparece frecuentemente en las personas con el trastorno por consumo de inhalantes, pero también puede darse entre los individuos cuyo uso no se ajusta a los criterios del trastorno, requiriéndose la existencia de, al menos, 2 de los 10 criterios diagnósticos durante el año anterior.

Trastornos inducidos por inhalantes (es decir, trastorno psicótico, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad, trastorno neurocognitivo, otros trastornos inducidos por inhalantes) y sin el cumplimiento de los criterios de trastorno por consumo de inhalantes. Se reúnen los criterios de un trastorno psicótico, depresivo, ansioso o neurocognitivo importante, y no existe evidencia en la historia, la exploración física o los hallazgos de laboratorio de que los déficits estén etiológicamente relacionados con los efectos de las sustancias inhalantes. Además, puede que los criterios del trastorno por consumo de inhalantes no se cumplan (es decir, la presencia de menos de 2 de los 10 criterios).

Otros trastornos por consumo de sustancias, especialmente las que involucran sustancias sedantes (p. ej., alcohol, benzodiazepinas, barbitúricos). El trastorno por consumo de inhalantes coincide frecuentemente con otros trastornos por consumo de sustancias, y los síntomas de los trastornos pueden ser similares y estar superpuestos. Para desentrañar los patrones de los síntomas es útil preguntar qué síntomas persistieron durante los períodos en que no se consumieron algunas de las sustancias.

Otros trastornos tóxicos, metabólicos, traumáticos, neoplásicos o infecciosos que menoscaban la función del sistema nervioso central o periférico. Las personas con trastorno por consumo de inhalantes pueden presentar síntomas de anemia perniciosa, degeneración subaguda combinada de la médula espinal, psicosis, trastorno cognitivo mayor o menor, atrofia cerebral, leucoencefalopatía y muchos otros trastornos del sistema nervioso. Por supuesto, estos trastornos también pueden aparecer en ausencia del trastorno por consumo de inhalantes. Unos antecedentes de poco o ningún uso de inhalantes van a ayudar a excluir el trastorno por consumo de inhalantes como fuente de estos problemas.

Trastornos de otros sistemas orgánicos. Las personas con trastorno por consumo de inhalantes pueden presentar síntomas de daño hepático o renal, rhabdomiólisis, metahemoglobinemia o síntomas de otras afecciones gastrointestinales, cardiovasculares o pulmonares. Una historia de poco o ningún uso de inhalantes ayuda a excluir el trastorno por consumo de inhalantes como el origen de este tipo de problemas médicos.

Comorbilidad

Las personas con trastorno por consumo de inhalantes, que reciben atención clínica, a menudo tienen otros trastornos por consumo de sustancias. El trastorno por consumo de inhalantes coincide frecuentemente con los trastornos de conducta en los adolescentes y con el trastorno antisocial de la personalidad en los adultos. El uso de inhalantes en los adultos y el trastorno por consumo de inhalantes también están estrechamente relacionados con los intentos de suicidio y la ideación suicida.

Intoxicación por inhalantes

Crterios diagnosticos

- A. Exposición reciente y breve, intencionada o no, a sustancias inhalantes, incluidos hidrocarburos volátiles como el tolueno o la gasolina.
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej., belicoidad, agresividad, apatía, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo de inhalantes.
- C. Dos (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen durante o poco después del consumo del inhalante:
 - 1. Mareos.
 - 2. Nistagmo.
 - 3. Incoordinación.
 - 4. Habla disártrica.
 - 5. Marcha insegura.
 - 6. Aletargamiento.
 - 7. Reducción de reflejos.
 - 8. Retraso psicomotor.
 - 9. Temblores.
 - 10. Debilidad muscular generalizada.
 - 11. Visión borrosa o diplopía.
 - 12. Estupor o coma.
 - 13. Euforia.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC es **292.89**. El código CIE-10-MC dependerá de si existe un trastorno concomitante por consumo de inhalantes. Si existe un trastorno concomitante leve por consumo de inhalantes, el código CIE-10-MC es **F18.129**, y si existe un trastorno concomitante moderado o grave por consumo de inhalantes, el código CIE-10-MC es **F18.229**. Si no existe ningún trastorno concomitante por consumo de inhalantes, el código CIE-10-MC es **F18.929**.

Nota: Para más información acerca del desarrollo y curso, factores de riesgo y pronóstico, aspectos diagnósticos relacionados con la cultura y marcadores diagnósticos, véanse los apartados correspondientes en el trastorno por consumo de inhalantes.

Características diagnósticas

La intoxicación por inhalantes es un trastorno mental clínicamente significativo relacionado con inhalantes que se desarrolla durante o inmediatamente después de la inhalación intencionada o inintencionada de un hidrocarburo volátil. Los hidrocarburos volátiles son gases tóxicos de los pegamentos, combustibles, pinturas, y otros compuestos volátiles. Cuando sea posible, debe especificarse la sustancia particular involucrada (p. ej., intoxicación por tolueno). La intoxicación desaparece en cuestión de pocos minutos u horas tras la exposición. Por lo tanto, la intoxicación por inhalantes suele aparecer en forma de episodios breves que pueden repetirse.

Características asociadas que apoyan el diagnóstico

La intoxicación por inhalantes se sustenta en la evidencias de posesión de las sustancias inhalantes o en la presencia de sus olores persistentes (p. ej., el pegamento, el disolvente de pintura, la gasolina, los encendedores de butano), en la presencia de una intoxicación aparente que ocurre en el espectro de edad en que hay una mayor prevalencia de uso de los inhalantes (los 12-17 años), y en la aparición de una intoxicación aparente con resultados negativos en las pruebas estándar de detección de droga, que por lo general no logran identificar los inhalantes.

Prevalencia

La prevalencia de episodios reales de intoxicación por inhalantes en la población general es desconocida, pero es probable que la mayoría de los usuarios de inhalantes haya cumplido alguna vez los criterios para el trastorno de intoxicación por inhalantes. Por lo tanto, la prevalencia de uso de inhalantes y la prevalencia de la intoxicación por inhalantes es probablemente similar. En 2009 y 2010, un 0,8 % de los estadounidenses mayores de 12 años afirmó haber consumido inhalantes durante el último año; la prevalencia fue mayor en los grupos de edad más jóvenes (el 3,6 % para las personas de 12 a 17 años, y el 1,7 % para las personas de 18 a 25 años).

Aspectos diagnósticos relacionados con el género

Se desconocen las diferencias de género en la prevalencia de intoxicación por inhalantes en la población general. Sin embargo, si se asume que la mayoría de los usuarios de inhalantes finalmente experimentará intoxicación por inhalación, las diferencias de género en la prevalencia de los consumidores de inhalantes probablemente se aproxime a aquella proporción de hombres y mujeres que experimentan una intoxicación por inhalantes. En cuanto a las diferencias de género en la prevalencia de consumidores de inhalantes en Estados Unidos, el 1 % de los varones mayores de 12 años y el 0,7 % de las mujeres mayores de 12 años han usado inhalantes en el año anterior, pero en los grupos de edad más jóvenes, más mujeres que hombres han consumido inhalantes (p. ej., entre los jóvenes de entre 12 y 17 años, el 3,6 % de los varones y el 4,2 % de las mujeres).

Consecuencias funcionales de la intoxicación por inhalantes

El uso de las sustancias inhaladas en un recipiente cerrado, como una bolsa de plástico en la cabeza, puede llevar a la inconsciencia, la anoxia y la muerte. Por otra parte, la "muerte súbita por inhalación", probablemente por arritmia o paro cardíaco, puede suceder con diversos inhalantes volátiles. El aumento de la toxicidad de ciertas sustancias inhalables volátiles, tales como el butano o el propano, también causa muertes. Aunque la intoxicación por inhalantes en sí misma es de corta duración, puede producir problemas médicos y neurológicos persistentes, especialmente si las intoxicaciones son frecuentes.

Diagnóstico diferencial

Exposición a inhalantes, sin cumplir los criterios del trastorno de intoxicación por inhalantes. El individuo inhala sustancias intencionalmente o no, pero la dosis no es suficiente como para cumplir los criterios diagnósticos del trastorno por consumo de inhalantes.

Intoxicación por otras sustancias y trastornos inducidos por otras sustancias/medicamentos, en especial por sustancias sedantes (p. ej., alcohol, benzodiazepinas, barbitúricos). Estos trastornos pueden tener síntomas y signos similares, pero la intoxicación es atribuible a otras sustancias tóxicas que pueden ser identificadas a través de un examen toxicológico. La diferenciación del origen de la intoxicación puede implicar hallar evidencias de exposición por inhalación similares a las descritas para el trastorno por consumo de inhalantes. Puede considerarse un diagnóstico de intoxicación por inhalantes si existe posesión de sustancias inhalantes o la presencia de sus olores persistentes (p. ej., pegamento, disolvente de pintura, gasolina, encendedores de butano), si se objetiva la posesión de la parafernalia (p. ej., los trapos o las bolsas para la concentración de los vapores del pegamento), si aparece el "sarpullido del esnifador de pegamento" perioral o perinasal, si se recoge información de la familia o los amigos acerca de que el individuo está intoxicado, si posee o usa inhalantes, si existe intoxicación aparente a pesar de encontrar unos resultados negativos en las pruebas toxicológicas habituales (que por lo general no logran identificar los inhalantes), si hay una intoxicación aparente que ocurre en el espectro de edad con mayor prevalencia de uso de inhalantes (12-17 años),