

ACTUAR ES POSIBLE

El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas

Financiado por



ACTUAR ES POSIBLE

El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas

Financiado por



© 2007, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
Portaferrissa 8, pral.
08002 Barcelona
www.semfyec.es

Coordinación y dirección editorial:

semfyec  ediciones

Carrer del Pi 11, 2.ª pl. of. 14
08002 Barcelona
ediciones@semfyec.es

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias o las grabaciones en cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso escrito del titular del copyright.

Depósito legal:
ISBN: 978-84-96761-31-5

RELACIÓN DE AUTORES

Coordinador:

José Zarco Montejo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Profesor Asociado de Medicina Interna de la Universidad Complutense de Madrid (UCM)
Coordinador del Grupo de Intervención en Drogas semFYC
CS Ibiza. Área 1 Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)

Autores:

José Zarco Montejo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Profesor Asociado de Medicina Interna de la UCM
Coordinador del Grupo de Intervención en Drogas semFYC
CS Ibiza. Área 1 SERMAS

Fernando Caudevilla Galligo

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Consejería de Justicia e Interior de la Comunidad de Madrid
Miembro del Grupo de Intervención en Drogas semFYC

Asensio López Santiago

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Máster en Terapia de Conducta
Experto en Drogodependencias
Miembro del Grupo de Intervención en Drogas semFYC

Jesús Apolinar Álvarez Mazariegos

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Experto en Bioética por la UCM
Miembro del Grupo de Intervención en Drogas semFYC
CS Allariz. Ourense

Susana Martínez Osorio

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Máster en Drogodependencias
Miembro del Grupo de Intervención en Drogas semFYC
CAID Móstoles. Madrid

PRÓLOGO

Resulta una obviedad señalar que la atención a las drogodependencias es tanto más eficaz cuanto antes se detecta la situación del consumo de drogas.

Es evidente, por otra parte, que el primer profesional de la salud que puede entrar en contacto con la persona afectada es el profesional de Atención Primaria.

Por todo ello, es fundamental que estos profesionales tomen conciencia del relevante papel que pueden desempeñar a la hora de detectar precozmente esos consumos y de tomar medidas para que no pasen a situaciones de mayor gravedad.

Todos somos conscientes del trabajo, en ocasiones agobiante, que padecen los profesionales que trabajan en el ámbito de la medicina familiar y comunitaria, y esta misma publicación que ahora presentamos se hace eco de ese problema. No obstante, los autores toman partido desde el primer momento y señalan el ineludible compromiso con la población que tienen estos profesionales, y la obligación de dar respuesta a este fenómeno desde la posición que ocupan en el Sistema Nacional de Salud.

El Ministerio de Sanidad y Consumo y los responsables del Plan Nacional sobre Drogas llevan años reconociendo la relevante función que compete a estos profesionales de la Atención Primaria. Así, el Plan de Acción sobre Drogas 2005-2008, elaborado y puesto en marcha por el Gobierno a principios de 2005, señala como una de sus acciones «reforzar el papel de los Equipos de Atención Primaria, como primer escalón y puerta de entrada del sistema sanitario, en la detección de los problemas de salud derivados del consumo de drogas, en la intervención precoz y en la atención a las drogodependencias».

En la propia Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas existe un equipo de trabajo dedicado a estudiar los mejores modos de establecer vías de colaboración con los profesionales de Atención Primaria.

Uno de los resultados del trabajo de ese equipo es precisamente la elaboración de esta publicación. El objetivo de ésta viene explicitado en las primeras líneas del capítulo inicial: por un lado, propiciar la reflexión de los profesionales que trabajan en el entorno de la Atención Primaria (médicos de familia, pediatras y profesionales de la enfermería) acerca de lo que pueden y deben hacer desde su puesto de trabajo en lo que se refiere a los consumos de drogas y los problemas asociados a éstos. Y por otro lado, proporcionar unas claves para intervenir adecuadamente en esos temas.

El libro es eminentemente didáctico y a lo largo de sus nueve capítulos expone con un lenguaje claro y directo toda una serie de aspectos que pretenden ayudar a sus destinatarios a una mejor comprensión del fenómeno de las drogodependencias y su abordaje desde la Atención Primaria de salud.

Así, se incluyen temas que van desde la epidemiología de los consumos hasta la coordinación con otros profesionales (tanto estrictamente sanitarios como de los servicios sociales), pasando por cómo elaborar una historia clínica para valorar el consumo de drogas de un paciente, el trabajo con la familia, etc.

Una muestra más del carácter esencialmente didáctico y práctico de este libro son los anexos, en los que figuran una serie de fichas informativas sobre las sustancias de uso más común, así como una bibliografía, recursos *web* sobre drogas y un directorio de los organismos públicos que se ocupan de este tema.

No me queda más que felicitar a los autores de este libro, agradecerles el esfuerzo y el trabajo que le han dedicado, y animar a todos aquellos profesionales que trabajan en la Atención Primaria a que se sirvan de él como una herramienta de trabajo que les ayude a ser más efectivos a la hora de trabajar con un problema de la trascendencia social y sanitaria como es el de las drogodependencias.

Por mi parte, desde mi responsabilidad como Delegada del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, y al mismo tiempo como profesional de la medicina que también ha trabajado en Atención Primaria, quiero transmitirles mi absoluta disponibilidad a colaborar con este sector de la sanidad en todo aquello que redunde en un mejor desarrollo de su actividad y en una atención más eficaz de los afectados por el consumo de drogas.

CARMEN MOYA GARCÍA
Delegada del Gobierno
para el Plan Nacional sobre Drogas

PRESENTACIÓN

Querido lector, ya que has tenido la deferencia de dedicar un momento de tiempo a esta presentación, te pido permiso para echar mano de algunos datos de la epidemiología que nos van a permitir explicar, con gran expresividad, las pretensiones del manual que tenemos entre manos. Por supuesto que no es mi intención atormentarte con una soporífera lista de datos, más bien al contrario, simplemente me gustaría presentar alguna información relevante de aspectos cotidianos, diríamos rutinarios, que han podido suceder en tu consulta durante estas últimas semanas.

Tampoco pienses que esta presentación es un sibilino recurso que intenta emular a esos pretenciosos profesores, por todos conocidos, que sintiéndose poco valorados por tener que impartir, año tras año, la «asignatura *maría*», se inventaban todo tipo de estrategias para parecer más importantes, y lo único que conseguían era fastidiar, un poco más, a los alumnos.

No, no es esta mi intención. Simplemente quiero aprovechar este valioso tiempo que estás dedicando a la lectura para ordenar y agregar esa información que cada día se presenta en nuestros centros de salud, que está relacionada con el consumo de drogas, y que tiene unas claras y conocidas consecuencias para la salud de nuestros pacientes.

Repasemos la epidemiología. Conocemos con seguridad que más de un 30 % de las personas que acudieron a nuestros centros de salud en estos últimos días sufren una adicción al tabaco que les impide abandonarlo, a pesar de que 7 de cada 10 nos expresan de manera reiterada su determinación para dejar de fumar. Y también sabemos que cerca del 9 % de nuestros pacientes tienen un patrón de consumo de alcohol de alto riesgo, porcentaje que alcanza un 14 % en varones.

Tampoco podemos olvidar que el 42 % de las adolescentes de 14 a 18 años que tenemos asignadas en nuestro cupo ya padecen una adicción al tabaco. Y que si por cualquier motivo de salud nos hubieran visitado 100 jóvenes de estas edades en los pasados meses, con una simple pregunta hubiésemos averiguado que en un periodo de 4 semanas, 35 de ellos habían consumido bebidas alcohólicas hasta embriagarse y que 30 de estos jóvenes fumaron porros en compañía de amigos y colegas. Tampoco hay que olvidar los datos de consumo del resto de sustancias adictivas, utilizadas como drogas de recreo, que a pesar de su menor consumo también tienen potenciales riesgos para la salud.

Los datos parecen elocuentes. Nuestros pacientes, muchos de nuestros pacientes, conviven de manera cotidiana con los riesgos derivados del consumo de estas sustancias adictivas. En muchas ocasiones sin mayores consecuencias para su salud, pero en otras... Por lo tanto, como se desprende de la información, los profesionales de Atención Primaria tenemos una interesante tarea por delante. Por supuesto, evitando las tentaciones de magnificar las consecuencias de esta situación y sin caer en mensajes alarmistas o moralistas que harían poco viables las intervenciones, que han de estar basadas en el rigor científico y en el conocimiento.

Médicos de familia, pediatras, enfermeras y trabajadores sociales de la Atención Primaria tenemos en nuestras manos la posibilidad de contribuir a paliar los posibles efectos nocivos derivados del consumo de drogas.

Pero no estamos ante una fácil tarea. Amplio es nuestro campo de acción y escasos los recursos que el sistema sanitario pone a nuestro alcance. Sin olvidar que estamos ante un problema complejo en el que intervienen múltiples variables, diversos actores, y en el que confluyen factores de riesgo y protección que no siempre están bajo nuestro ámbito de actuación. Y destacando que necesitamos muchos más estudios que nos indiquen con mejor precisión y eficiencia la contribución desde Atención Primaria.

En cualquier caso, en este contexto de complejidad, disponemos de este texto elaborado por integrantes del Grupo de Intervención en Drogas de la semFYC, con la colaboración y financiación de la Delegación del Gobierno del Plan Nacional sobre Drogas, que pretende contribuir modestamente a allanar esta abrupta tarea.

LUIS AGUILERA GARCÍA
Presidente de la semFYC

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. Justificación	1
CAPÍTULO 2. Epidemiología de patrones de consumo	5
CAPÍTULO 3. Historia clínica: el registro de consumos de drogas	13
CAPÍTULO 4. Valoración del consumo de drogas	19
CAPÍTULO 5. Actividades preventivas ante el consumo de drogas	25
CAPÍTULO 6. Trabajo con la familia	37
CAPÍTULO 7. Valoración y tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de drogas	41
CAPÍTULO 8. Coordinación con otros profesionales	49
CAPÍTULO 9. Selección de programas de prevención del consumo de drogas ..	53

ANEXOS

FICHAS DE SUSTANCIAS:

• Alcohol	63
• Benzodiazepinas	68
• Cannabis	71
• Cocaína	73
• Éxtasis	76
• GHB	78
• Heroína	80
• Hongos alucinógenos	83
• Ketamina	85
• LSD	87
• <i>Poppers</i>	89
• <i>Speed</i>	90
• Tabaco	92

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	97
RECURSOS WEB SOBRE DROGAS	101
DIRECTORIO DE ORGANISMOS PÚBLICOS EN RELACIÓN CON LAS DROGAS	105

JUSTIFICACIÓN

¿En qué consiste esta publicación?

- Se trata de un documento que pretende inducir a la reflexión a los profesionales que trabajamos en el entorno de Atención Primaria (AP) sobre lo que podemos y debemos hacer desde las consultas de los centros de salud en relación con los problemas derivados del consumo de drogas.
- También pretendemos dar unas claves para la adecuada intervención en esos problemas y sugerir cómo profundizar en un estudio más amplio.

¿Cómo se estructura?

- Se pretende responder a una serie de preguntas que todos nos hacemos en relación con las drogas, de una forma sencilla y clara, fundamentada en el mayor grado de evidencia disponible, con el objeto de estimular un posterior estudio y conocimiento en la materia.
- En el apartado de anexos, se revisan las sustancias consumidas como drogas de abuso con mayor frecuencia, en relación con sus efectos, tanto positivos (los buscados en su consumo) como perjudiciales (los no deseados y/o tóxicos), y los tratamientos disponibles.
- En el apartado de bibliografía, se incluyen referencias bibliográficas y páginas *web* relacionadas para profundizar en el estudio y el conocimiento de las drogas y las consecuencias de su consumo.

¿Por qué tenemos que actuar ante los problemas relacionados con el consumo de drogas desde Atención Primaria?

- Los profesionales de AP, médicos de familia, pediatras y enfermeras conocemos a las personas a las que atendemos, en su contexto, familiar y social, en los diferentes momentos y etapas vitales (**accesibilidad, continuidad de la atención**).
- Adoptamos un enfoque **integral** de la salud en todas sus esferas: biológica, psicológica y social (**globalidad de la atención**).
- Tenemos numerosos contactos a lo largo de la vida de las personas, que depositan su confianza en nosotros a la hora de asesorarles en su salud (**longitudinalidad**).

- Partimos de una formación en técnicas de comunicación que nos facilita el abordaje de aspectos íntimos y privados, como puede ser el consumo de drogas, ya sean legales o ilegales.
- Prestamos una atención integral e **integrada** no sólo en las diferentes fases de salud/enfermedad: promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, sino también en coordinación con otros niveles de atención: centros de especialidades, hospitales, dispositivos específicos de la red de drogas, unidades de salud mental, etc.
- Trabajamos en **equipos multidisciplinares**: médicos de familia, pediatras, enfermeras, trabajadores sociales, auxiliares, etc.
- No sólo conocemos las características propias de la comunidad en la que trabajamos, sino que tenemos posibilidades de trabajar con la población en diferentes foros: consejos de salud, mesas de salud escolar, asociaciones de vecinos, colegios, etc. (medicina familiar y **comunitaria**, MFyC).
- Podemos intervenir de forma **activa** y no sólo a demanda por los diferentes problemas de salud.
- Cada vez hay más profesionales con formación en técnicas específicas de entrevista clínica dirigida al consejo, motivación para el cambio, entrevista motivacional, etc. (docencia e investigación en AP).
- Trabajamos desde una perspectiva de la mejora continua de la calidad de nuestros servicios, fundamentada en la evidencia científica disponible en cada momento, con programas de salud e indicadores de evaluación de éstos, siempre en un contexto ético de la atención.
- Porque existen estudios que demuestran una predisposición para una mayor implicación en los problemas relacionados con el consumo de drogas (Megias et al., 2001).
- Cada vez son mayores las demandas por problemas derivados del abuso de drogas socialmente «normalizadas».

... y sobre todo: **¡PORQUE LA POBLACIÓN A LA QUE ATENDEMOS ASÍ LO PRECISA!**

*Con la falta de tiempo que tenemos en el día a día en las consultas...
¿otra tarea más?*

- Nuestro compromiso con la población, el importante papel de las actividades preventivas y de promoción de hábitos de vida saludables en nuestro quehacer diario y las crecientes necesidades sociales en los problemas derivados del aumento del consumo de drogas de abuso en nuestra sociedad nos obligan a dar respuesta e intervenir desde nuestra posición privilegiada, al igual que con cualquier otro problema de salud de los que estamos más acostumbrados a abordar, a veces incluso a pesar de la ausencia de resultados relevantes.

- Existen evidencias de la efectividad y eficiencia de ciertas intervenciones en el ámbito de AP con determinadas drogas: por ejemplo, consejo e intervenciones motivacionales breves en el consumo de tabaco.

¿Estamos los profesionales de AP preparados para intervenir en los problemas relacionados con las drogas?

- Es evidente que existen carencias formativas específicas en relación con las drogas, lo cual justifica el presente trabajo. No obstante, cada vez hay un número mayor de profesionales preparados al respecto. El programa de la especialidad en MFyC vigente contempla un área competencial específica, existen diferentes grupos de trabajo que abordan este tipo de problemas (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud [PAPPS], GID, de tabaco, alcohol, etc.), hay numerosas ofertas formativas y, lo que es más importante, la formación integral de la mayoría de los profesionales en habilidades de comunicación y entrevista clínica, técnicas de motivación para el cambio, etc. es cada vez mayor.
- Muchos de los profesionales que trabajan en las redes específicas de drogodependencias son médicos de familia.

¿Pretendemos entrar en competencia con otros recursos ya existentes?

- Ni mucho menos. Al igual que con otros problemas de salud, como por ejemplo la diabetes mellitus, la función de los profesionales de AP es fundamental en su prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y seguimiento, con múltiples y diferentes intervenciones tanto individuales, grupales y/o comunitarias. Lo cual no quiere decir que la existencia y la participación de otros especialistas, internistas, endocrinólogos de diferentes ámbitos, centros de especialidades, unidades específicas, centros hospitalarios, sea tanto o más importante en las diferentes fases de los enfermos diagnosticados de diabetes. El adecuado conocimiento de los recursos existentes, las personas que trabajan en ellos, la coordinación, el trabajo integrado, los criterios y vías de derivación e interconsulta, el acceso a una historia clínica compartida son indispensables para el correcto abordaje de cualquier problema de salud. Por lo tanto, la participación de los diferentes profesionales que trabajan en las redes específicas de drogodependencias, las unidades de salud mental y otros profesionales y especialistas de los diferentes niveles de asistencia sociosanitaria es y seguirá siendo fundamental, si bien con el objetivo final de un abordaje global, coordinado e integrado y, por lo tanto, mucho más eficiente.

EPIDEMIOLOGÍA DE PATRONES DE CONSUMO

¿Cuáles son las drogas más consumidas en el Estado español en la población general?

1. En la población general (la comprendida entre 15 y 64 años), **las drogas legales son las que presentan mayor prevalencia de consumo:**
 - a) El **alcohol** es el psicoactivo de consumo más extendido en España. En el año 2003, un 48,2% de la población había tomado semanalmente bebidas alcohólicas y un 21,2% se había emborrachado. Por otra parte, en los 30 días previos, un 14,1% había consumido diariamente bebidas alcohólicas y un 5,3% había sido «bebedor de riesgo» (hombres con un consumo de 50 ml de alcohol puro/día o más y las mujeres con un consumo de 30 ml/día o más).
 - b) En el 2003, un 35,1% de la población de 15-64 años residente en España fumaba **tabaco** diariamente. Por grupos de edad, la prevalencia de consumo diario más elevada correspondía a los hombres de 35-64 años (43,7%). La media de cigarrillos consumidos diariamente por los fumadores habituales era de 15,7 (si bien un 46,1% fumaba 20 cigarrillos/día o más).

2. Con respecto a las **drogas ilegales**, los datos epidemiológicos más relevantes en la población general son los siguientes:
 - a) Las derivadas del **cannabis** (hachís, marihuana) son las drogas ilegales de consumo más prevalentes. En el año 2003, un 29% de los españoles entre 15 y 64 años las había consumido alguna vez en la vida; un 11,3% en los últimos 12 meses; un 7,6% alguna vez en los últimos 30 días, y un 1,5% a diario en este último período.
 - b) El **resto de las drogas ilegales** (cocaína, anfetaminas, éxtasis y derivados, alucinógenos) presentan prevalencias de consumo significativamente inferiores en la población general. Conviene destacar la diferencia entre el consumo experimental («alguna vez en la vida») y el habitual (que se correlaciona con el indicador «alguna vez en el último mes») (figura 1).
 - c) **Las prevalencias de consumo en el grupo de edad entre adultos jóvenes (15-34 años) son mucho más elevadas que entre las personas de mayor edad (35-64 años).** Por ejemplo, las prevalencias de consumo experimental de cannabis, cocaína y éxtasis son del 20,1, 4,8 y 8,3% en el primer grupo frente al 4,2, 0,9 y 1,6% en el segundo.

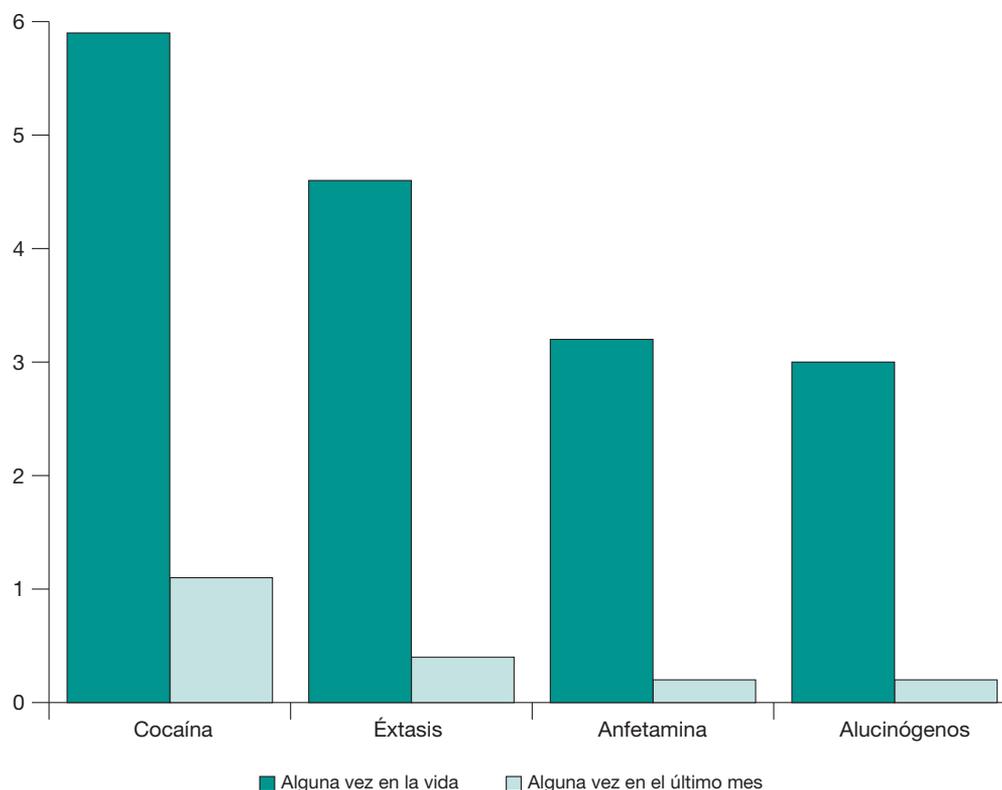


Figura 1. Prevalencias de consumo de algunas drogas ilegales en la población general (2003).

d) Otras drogas, como la heroína, otros opiáceos o inhalantes volátiles, presentan prevalencias de consumo muy bajas en la población general. Sin embargo, las encuestas realizadas en la población general no son un buen método para estimar la prevalencia de consumo de estas sustancias: el acceso a muchos consumidores socialmente marginados puede ser complicado y la precisión de las estimaciones es más baja cuando disminuye mucho la prevalencia de consumo.

¿Cuáles son las drogas más consumidas en el Estado español en la población escolar?

1. Las drogas legales también son las más consumidas en los estudios y encuestas relativos a la población escolar (14-18 años): un 65,6% de los estudiantes de esta edad habían consumido bebidas alcohólicas en el último mes y un 34,8% había sufrido una intoxicación alcohólica en ese período. Por otra parte, un 21,5% de los estudiantes fumaba diariamente.
2. **El cannabis es la droga ilegal de consumo más extendido.** En el año 2004, un 42,7% había consumido cannabis alguna vez en la vida; un 36,6%, en los últimos

12 meses y un 25,1%, alguna vez en los últimos 30 días. La media de cigarrillos de hachís (porros) consumidos en los días de consumo fue de 2,5.

3. El resto de las drogas ilegales presentan prevalencias de consumo mucho menores. Sin embargo, las diferencias de consumo entre los 14 y los 18 años son muy elevadas (figura 2).

¿Cuál ha sido la evolución de los patrones de consumo de drogas en los últimos 10 años?

1. Con respecto al **alcohol**, en la población de 15-64 años se aprecia una tendencia a la **estabilización** del consumo. Entre los **estudiantes** de enseñanzas secundarias de 14-18 años, **ha aumentado el consumo intenso**, que suele centrarse en el **fin de semana**. En este grupo, la prevalencia de intoxicaciones etílicas en los 30 días previos a la encuesta pasó del 20,7% en 1994 al 34,8% en 2004, y la proporción de bebedores de riesgo en esos 30 días, del 8,6% en 1996 a 12,3% en 2004.
2. Las prevalencias de consumo de tabaco no muestran un descenso claro y mantenido. Entre los estudiantes de 14-18 años, el consumo se mantuvo prácticamente

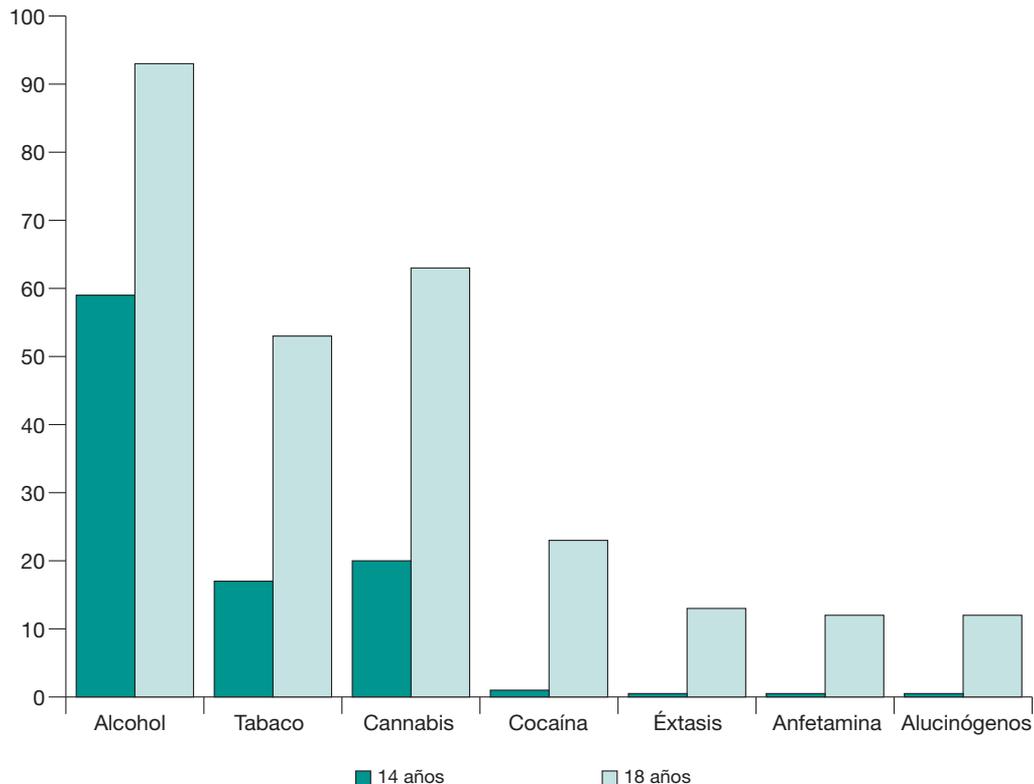


Figura 2. Prevalencia del consumo de drogas «alguna vez en la vida» en la población escolar.

estable entre 1994 y 2004, aunque se apreció un leve descenso entre los estudiantes de 14 y 16 años. Es pronto para valorar la eficacia de las recientes reformas legislativas para reducir el consumo de tabaco.

3. **La cocaína y el cannabis** son las drogas cuya prevalencia de consumo **ha aumentado de forma más clara** en la última década. Este incremento se observa en todos los segmentos de población y es más acusado entre los adolescentes y jóvenes (figuras 3 y 4). La disponibilidad percibida de estas dos sustancias es también elevada y creciente.
4. **El consumo de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos** se mantiene **estable**, sin que pueda apreciarse una tendencia clara. En general, la prevalencia de consumo de estas sustancias es baja, pero se emplea entre 4 y 8 veces más en jóvenes (15-34 años) que en personas de 35 a 64 años. El patrón de consumo más habitual de estas sustancias es el ocasional o esporádico, asociado a espacios de ocio y en el seno de policonsumo de distintas sustancias.

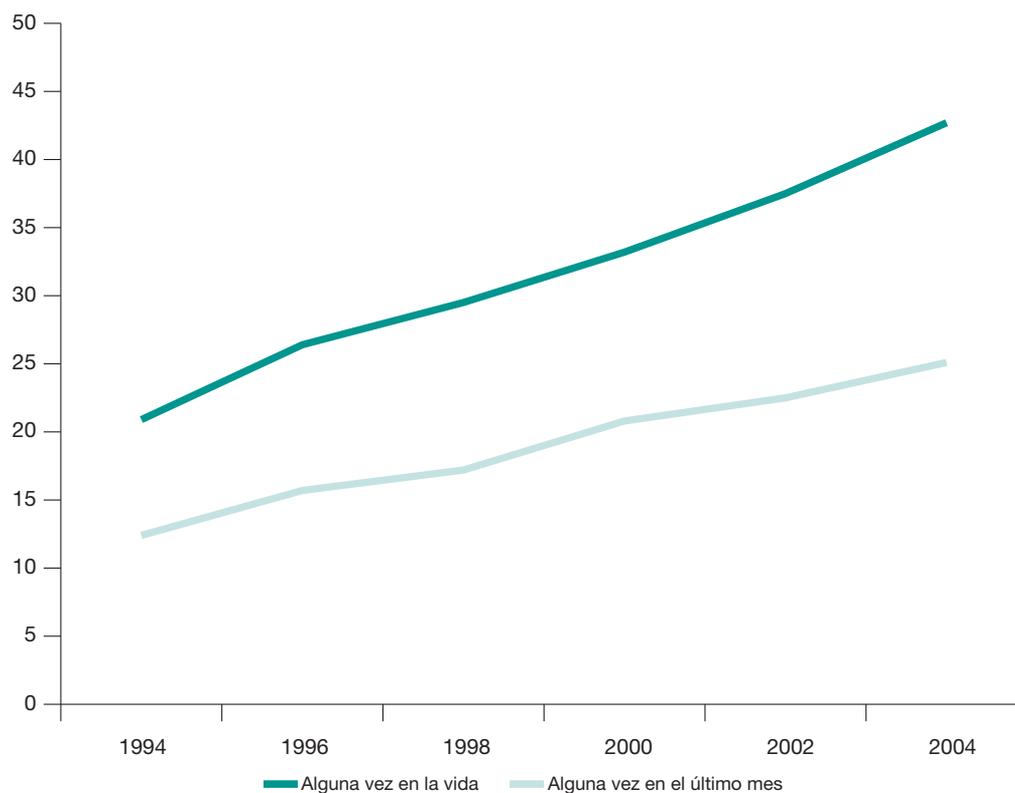


Figura 3. Evolución de las prevalencias de consumo de cannabis en la población escolar (1994-2004).

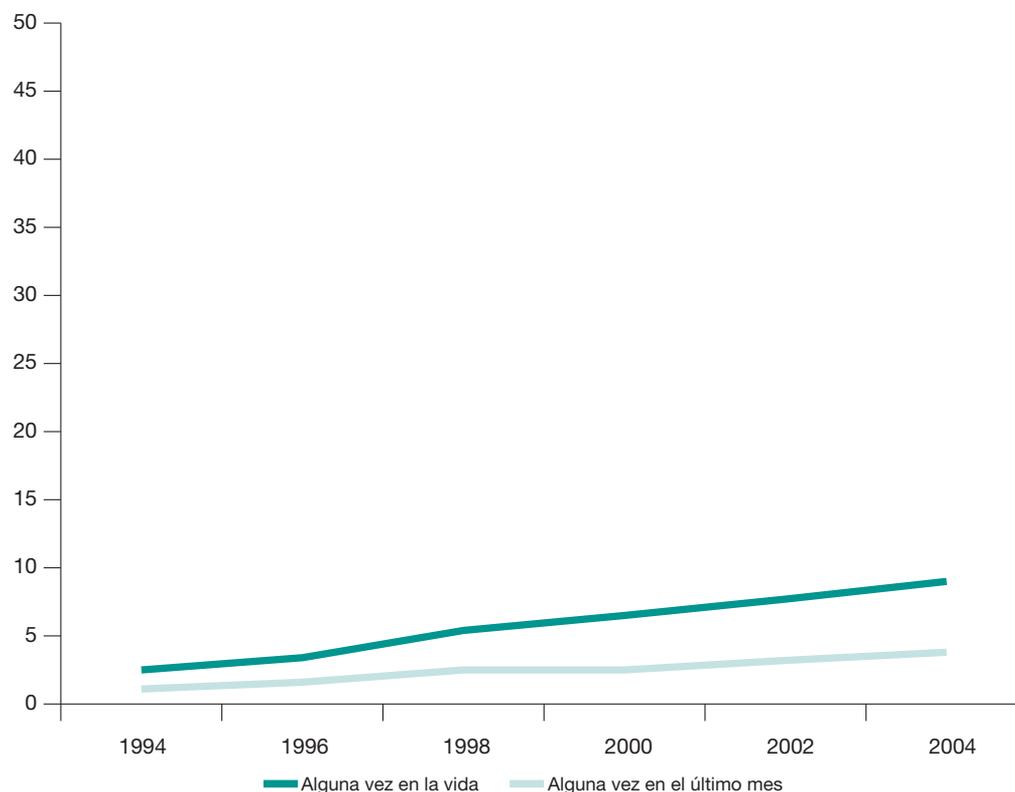


Figura 4. Evolución de las prevalencias de consumo de cocaína en la población escolar (1994-2004).

¿Cuál es la edad media de inicio en el consumo de drogas?

Los datos que ofrecen los estudios y encuestas del Plan Nacional sobre Drogas se presentan en la tabla 1.

1. Los rangos de edad de las encuestas dificultan su interpretación. La Encuesta Escolar estima una edad de inicio inferior a la encuesta general, ya que el rango de edad de los encuestados se encuentra entre los 14 y 18 años. Considerado en conjunto estos estudios y otros más específicos (encuestas a población juvenil con rango de

Tabla 1. Media de edad del consumo de drogas

	Escolar (años)	General (años)
Tabaco	13,2	16,5
Alcohol	13,7	16,7
Cannabis	14,7	18,5
Cocaína	15,8	20,9
Éxtasis	15,6	20,3
Anfetaminas	15,7	19,6
Alucinógenos	15,8	19,9

edades más amplio, encuestas a jóvenes en edad de servicio militar, etc.), podemos concluir que las drogas de **inicio más precoz** son, por este orden, el **tabaco**, el **alcohol** y el **cannabis**. El resto de las drogas ilegales presentan una edad media de inicio al consumo más elevada.

2. **La media de edad de inicio en el consumo se ha mantenido estable durante la última década.** Las variaciones son pequeñas y de significación estadística desconocida. Una disminución importante en este indicador constituiría una variable epidemiológica de importancia, ya que **el contacto precoz con cualquier droga se asocia con una mayor probabilidad de aparición de problemas, como abuso o dependencia.**

¿Existen diferencias en relación con el sexo en el consumo de drogas?

De forma general, las prevalencias de consumo en todas las sustancias y en todos los rangos de edad son más elevadas en **hombres** que en mujeres. La edad de inicio también suele ser más baja entre los hombres. Las diferencias son menos acusadas en cuanto al alcohol, el tabaco y el cannabis, y entre la población más joven. Sin embargo, existen algunas excepciones de importancia:

1. Las diferencias de sexo en cuanto al consumo de tabaco han disminuido en la última década. El mayor incremento de consumo diario de tabaco entre 1997 y 2003 (del 19,1 al 27%) corresponde al grupo de mujeres entre 35 y 64 años. Por otra parte, y en el grupo de 14 a 18 años, el consumo de tabaco es 10 puntos mayor en mujeres que en hombres. Este cambio epidemiológico puede tener importantes consecuencias sanitarias en el futuro.
2. El uso de hipnosedantes sin receta médica es también más prevalente entre mujeres que entre varones en cualquier edad, incluso en la población escolar de 14 a 18 años.

¿Cuáles son los problemas sanitarios más importantes relacionados con el consumo de drogas?

1. **La heroína sigue siendo la droga que causa mayores problemas sanitarios.** En los últimos años, el uso de esta droga ha perdido «visibilidad», aunque aún es muy prevalente en determinados núcleos marginales:
 - a) En 2002, el 58,2% de las admisiones a tratamiento estuvieron relacionadas con esta droga.
 - b) La heroína y otros opioides son las drogas más frecuentemente relacionadas con casos de muerte por reacción aguda a drogas.
 - c) El número anual de nuevos diagnósticos de síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (sida) asociados con la inyección (incidencia anual) ha descendido de forma importante entre 1994 y 2003. Sin embargo, a partir de 2001 parece haberse ralentizado el ritmo de descenso.

- d) La infección por el virus de la hepatitis B (VHB) ha estado siempre muy extendida entre los inyectores de droga (prevalencia del 20-40%). Epidemiológicamente, este fenómeno podrá controlarse a través de la vacunación. La infección por el virus de la hepatitis C (VHC) (prevalencia del 69%) es uno de los problemas sanitarios más graves en la actualidad para esta población.
2. Los **problemas asociados con el consumo de cocaína** están experimentando un rápido crecimiento, paralelo al incremento del uso de esta sustancia en la población general:
- a) Las admisiones a tratamiento por esta droga supusieron un 25% del total en 2002. Sin embargo, si consideramos sólo las nuevas admisiones (pacientes valorados por primera vez) este porcentaje asciende hasta el 41%, fundamentalmente en consumidores por vía intranasal.
 - b) **Uno de cada dos episodios de urgencia** por consumo de drogas ilegales está relacionado con el consumo de **cocaína**.
 - c) La proporción de conductores fallecidos que dieron positivo para cocaína pasó del 5,2% en 1999 al 6,8% en 2003.
2. Los **tratamientos** por abuso/dependencia de **cannabis** suponen **un 10,3%** del total (21,3% si sólo se consideran las nuevas admisiones). Es probable que esta cifra esté sobrestimada ya que una parte importante de estos tratamientos están relacionados con sanciones administrativas por consumo/tenencia de esta sustancia en la vía pública. Sin embargo, tanto en el caso del cannabis como en el de otras drogas de uso recreativo, el uso habitual puede dar lugar a distintos problemas de tipo sanitario, muchos de los cuales pasan desapercibidos y el ámbito de Atención Primaria constituye un marco idóneo para su abordaje.

¿Qué datos hay disponibles acerca de otras sustancias?

Existen datos indirectos acerca del consumo de otras drogas, algunas de ellas de reciente incorporación al mercado. Otras presentan bajas prevalencias de consumo en la población general, al menos por el momento. El conocimiento de las tendencias minoritarias es importante para valorar futuras estrategias de prevención e intervención.

1. El consumo de clorhidrato de **ketamina** por vía intranasal asociado a espacios de ocio parece ir en aumento. El uso de esta sustancia con fines recreativos está suficientemente asentado, al menos en algunas zonas del norte del estado (País Vasco, Navarra, Asturias, Cantabria, etc.), donde es una sustancia relativamente accesible.
2. El **gammahidroxitirato** (GHB) (mal llamado «éxtasis líquido») es otra droga de síntesis cuyo uso en espacios recreativos se ha popularizado en los últimos años. Su fabricación a partir de precursores legales es sencilla y barata. Sin embargo, su estrecho margen recreativo en farmacia, con la consiguiente elevada probabilidad de

intoxicación, hacen que sea una sustancia relativamente poco atractiva para muchos consumidores.

3. Se han descrito casi 200 feniletilaminas y triptaminas de síntesis con efectos estimulantes y psicodélicos. Algunas de ellas, como la 2C-B, 2C-I o la 5-MeO-DIPT, se encuentran de forma ocasional en el mercado de las drogas ilegales. Por el momento, se trata de un fenómeno muy minoritario. Aun así, no puede descartarse que alguna de estas sustancias adquiera popularidad y se convierta en un fenómeno de consumo masivo.
4. El **uso psiconáutico** (con fines de autoexploración o crecimiento personal) de plantas nativas de Latinoamérica con propiedades psicoactivas (ayahuasca, peyote, *Salvia divinorum*, etc.) es también un fenómeno reducido a círculos restringidos.
5. El uso de **cocaína en base** (*crack*) y **metanfetamina en base** fumadas o inyectadas es un fenómeno creciente en la población marginal estadounidense y en algunos países europeos. Aunque en España esta pauta de consumo es todavía minoritaria, es importante prestar atención a su evolución debido a las graves consecuencias sanitarias de estas formas de consumo.

PARA SABER MÁS:

- Encuesta domiciliaria sobre abuso de drogas en España 2003. Dirección General del Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio español sobre drogas (OED). Madrid, 2004
Disponible en URL:
www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/domiciliaria2003.pdf
- Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias 2004. Dirección General del Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio español sobre drogas (OED). Madrid, 2004
Disponible en URL:
www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf
- Informe 2004. Dirección General del Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio español sobre drogas (OED). Madrid, 2004
Disponible en URL:
www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf
- Informe Anual 2006. Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Luxemburgo, 2005
Disponible en URL:
<http://ar2006.emcdda.europa.eu/es/home-es.html>

HISTORIA CLÍNICA: EL REGISTRO DE CONSUMOS DE DROGAS

La **historia clínica** es el instrumento más importante para abordar y valorar el consumo de drogas de un paciente. Una **correcta anamnesis** es la herramienta básica de trabajo, que se encuentra, además, al alcance de todos los profesionales. El médico de familia y el pediatra deben acostumbrarse a incluir preguntas acerca del consumo de drogas.

Antes de preguntar, es importante plantearse los objetivos de la intervención: **¿qué vamos a explorar?, ¿cómo?** y, sobre todo, **¿para qué?** Solo así sabremos lo que buscamos y estaremos preparados para lo que podamos encontrar y, evitar caer en el tópico de «abrir la caja de Pandora»

¿Para qué realizar una historia de drogas?

1. Nuestro último objetivo como profesionales sanitarios es ayudar a la población a disfrutar del mayor grado de salud posible y, en este contexto, es importante conocer en toda historia clínica los posibles consumos de drogas:
 - a) Informar y asesorar a las personas sobre los posibles efectos y riesgos en el caso de que se plantee el consumo de cualquier droga (gestión de placeres y riesgos).
 - b) Para valorar y diagnosticar precozmente posibles consumos de riesgo y asesorar con alternativas válidas de disminución de éste.
 - c) Para diagnosticar, tratar y, si fuera el caso, derivar consumos problemáticos de drogas.
 - d) Para diagnosticar, valorar e intervenir en cualquier drogodependencia.
 - e) Para explorar posibles comportamientos y/o problemas asociados con el abuso de drogas y actuar en consecuencia:
 - Malos tratos.
 - Coexistencia de otras conductas de riesgo:
 - Conducción temeraria.
 - Prácticas sexuales de riesgo (dificultad de usar el preservativo bajo los efectos de las drogas, cuyos efectos pueden ser desinhibitorios y estimuladores del deseo, etc.).
 - Prácticas de ciertas actividades o deportes bajo los efectos de las drogas.
 - Enfermedades asociadas (infectocontagiosas, comorbilidad psiquiátrica, etc.).

¿Qué hay que investigar en relación con el consumo de drogas en la historia clínica?

- Si la persona consume, ha consumido o incluso si se plantea un futuro consumo de drogas.
- Antecedentes personales de consumos anteriores.
- Antecedentes familiares de problemas relacionados con el consumo de drogas.
- Existencia de factores de riesgo para posibles consumos problemáticos.

Lo que vayamos encontrando marcará una exploración más profunda sobre el tema y la necesidad de incidir más o menos en él.

En caso de detectar un consumo o de la intención de hacerlo:

- Qué conocimientos tiene sobre las diferentes drogas: efectos buscados (el efecto positivo que busca todo consumidor), efectos negativos y/o posibles consecuencias sobre la salud, tanto a corto como a medio y largo plazo.
- Qué cantidad de drogas consume y desde cuando. Pautas y vías de consumo.
- Explorar las situaciones de consumo y contextos (consumo en compañía o acompañado por la pareja, amigos, iguales, etc.).
- Posibles combinaciones de drogas (polinconsumos), analizando el conocimiento sobre posibles sinergias, antagonismos y efectos secundarios.
- Estadio del cambio en el que se encuentra respecto a un consumo determinado (Prochaska y DiClemente) (tabla 1).
- Intentos previos de abandono o disminución del consumo, analizando las diferentes situaciones.
- La tolerancia social hacia las drogas ilegales es, en general, mucho menor que la que se tiene hacia el alcohol y el tabaco. Pero el hecho objetivo es que la morbimortalidad y el coste sanitario asociado a estas dos sustancias es mucho más elevado que el del resto de las drogas ilegales juntas. La exploración y abordaje de los problemas en relación con las drogas legales debe ser un objetivo prioritario.

En caso de no consumo, se dará una información general y un refuerzo en la abstinencia.

¿Cómo tenemos que realizar una historia de drogas?

- Profundizar mucho en una historia de consumo de drogas requiere de una relación de confianza que no siempre es fácil de conseguir. Debemos crear un clima empático que permita la escucha activa, cuidar nuestro lenguaje no verbal y disponer del tiempo adecuado.
- Para muchas personas, el hecho de hablar sobre ciertos aspectos de su vida privada relativos a conductas íntimas puede resultar incómodo, más aún si se trata de situa-

Tabla 1. Estadios en el proceso del cambio y objetivos terapéuticos

Estadio	Definición	Objetivo terapéutico
Precontemplación	El paciente no es consciente de que su conducta es problemática y no se plantea modificarla	Generar dudas, haciendo ver la posible relación existente entre su conducta y las consecuencias detectadas
Contemplación	Paciente consciente de la existencia de un problema. Comienza a pensar en la posibilidad de realizar un cambio (aún existe ambivalencia)	Facilitar el análisis de los pros y los contras de su conducta
Preparación	El paciente toma la decisión de cambiar	Asesorar acerca de las acciones necesarias para el cambio
Acción	El paciente realiza el cambio de conducta	Apoyar para que el cambio sea efectivo
Mantenimiento	Paciente activo en la consolidación del cambio y la prevención de recaídas	Reanudar los procesos de cambio evitando bloqueos por desmoralización
Recaída	Más que un fracaso supone un paso a un estado previo de la acción	La recaída supone una fuente de conclusiones positivas desde el punto de vista del aprendizaje

ciones de consumo de drogas ilegales, por lo que debemos ser extremadamente cuidadosos al respecto.

- El médico de familia debe abordar el consumo de drogas desde una perspectiva estrictamente sanitaria y no moral. Es fundamental evitar los juicios de valor y huir de los estereotipos («*todos los consumidores de drogas son unos drogadictos*», «*los consumidores de drogas no se preocupan por su salud*», «*las personas que usan drogas tienen un problema de valores*», etc.).
- Aunque es extensivo a toda historia clínica y acto médico, debemos cuidar y reforzar aspectos éticos fundamentales, como la **confidencialidad**, el **secreto profesional** y la **autonomía del paciente** a la hora de tomar sus propias decisiones sobre su salud aun cuando puedan ser contrarias a nuestros objetivos sanitarios. Y esto debe ser así independientemente del sexo, la raza, la clase social e incluso la edad del paciente (adolescentes).

¿Cómo preguntar?

De forma general, se recomienda realizar **preguntas abiertas, exploradoras y facilitadoras**, que den la oportunidad al paciente para explicarse de forma amplia («*A tu edad, hay chicos y chicas que salen de marcha y a veces hacen botellón... ¿Qué opinas de eso?*»; «*¿Conoces a alguien que lo haga?*», «*¿Qué haces cuando sales de marcha?*», «*¿Cuánto aguantas?*», «*¿Qué tomas una noche normal?*», «*¿Y alguna vez tomáis otras cosas?*, etc.).

También pueden introducirse preguntas cortas sobre el consumo de sustancias en nuestra rutina para la anamnesis general, de la misma forma que se pregunta por el consumo de medicamentos, tanto de prescripción médica como por automedicación.

¿Cómo no preguntar?

Evitar preguntas directas («¿Qué drogas consumes?»), que incluyan la posible respuesta dentro de la propia pregunta («Drogas no, ¿verdad?», «No consumes drogas», «De drogas nada, ¿verdad?», etc.); o preguntas con respuestas dicotómicas de sí/no («¿Consumes drogas?», etc.). Por lo general, son percibidas como un interrogatorio y dificultan la obtención de información.

¿Cómo reaccionar ante posibles respuestas?

Cuando hacemos una pregunta, lo primero es no esperar ninguna respuesta concreta, ya que de hacerlo así estaremos proyectando nuestros prejuicios y, ante una respuesta no esperada, reaccionaremos con cierto sobresalto (sobre todo con el lenguaje no verbal), lo que se convertirá en una barrera para cualquier comunicación posterior.

Diferentes elementos de la escucha activa son siempre facilitadores para una investigación más fidedigna y profunda: señalamientos, clarificaciones, parafraseados, resúmenes, etc.

Debemos recordar que en Atención Primaria tenemos siempre abierta la posibilidad de retomar o posponer diferentes cuestiones para otros momentos más propicios, ya sea por falta de tiempo, presencia de terceras personas, entrevistas «enfrascadas» o existencia de cualquier otra barrera (**continuidad y longitudinalidad** de nuestra atención).

Conviene no obcecarse en obtener toda la información en una primera entrevista ya que será posible preguntar y reexplorar en sucesivas ocasiones.

Existen diferentes cuestionarios que nos pueden ayudar a valorar la existencia o no de un consumo problemático o de dependencias a unas y otras sustancias (véanse anexos), pero éstos serán elementos de ayuda que no deben sustituir sino complementar una correcta historia clínica.

¿Cuándo preguntar?

- Cuando se abre una historia clínica nueva.
- Ante cualquier demanda explícita o implícita relacionada con un probable consumo de drogas.
- De forma oportunista, es decir, cuando consulten por otro tema de salud y queramos hacer un cribado de un posible consumo, por ejemplo con los adolescentes.
- De forma periódica, para la detección y consejo en el contexto de promoción de hábitos de vida saludables y actividades preventivas. Según el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) con una periodicidad al menos anual en los adolescentes y cada dos años en el resto.

- Ante cambios biográficos importantes que pueden acarrear cambios conductuales (separación, fracaso escolar, despido, etc.).

¿Qué debemos buscar en la exploración clínica?

- Una exploración clínica dirigida puede ofrecer información complementaria de mucha utilidad para valorar el consumo. Nuevamente, conviene no dejarse engañar por estereotipos sobre el aspecto físico del paciente, su nivel socioeconómico o cultural. También es importante resaltar que ningún hallazgo exploratorio es patognomónico de ningún consumo, por lo que los resultados de la exploración deben ser considerados como un complemento de la anamnesis.
- Algunos signos pueden indicar consumo reciente: fetor etílico, hiperemia conjuntival (típica del cannabis), midriasis (estimulantes), signos de venopunción en la piel, alteraciones en el lenguaje o el comportamiento, etc. La existencia de lesiones en tabique y fosas nasales, epistaxis frecuentes o episodios repetidos de infección local podrían estar relacionados con el uso intranasal de sustancias.
- En otras ocasiones podemos encontrar signos patológicos evidentes (arañas vasculares, telangiectasias, hepatomegalia, esplenomegalia, adenopatías, ictericia, soplos cardíacos, etc.). Estos hallazgos suelen indicar deterioro orgánico y con frecuencia están relacionados con complicaciones infecciosas en personas que utilizan (o han utilizado) drogas por vía intravenosa.

¿Qué pruebas complementarias están indicadas?

1. Como en cualquier otro acto médico, la necesidad de solicitar pruebas complementarias vendrá dada por el resultado de la anamnesis y la exploración clínica. El patrón de consumo de la o las sustancias, la vía de administración, las características toxicológicas y epidemiológicas, etc. determinarán la necesidad de solicitar pruebas complementarias. Podemos ver varios ejemplos:
 - a) Un consumo ocasional o esporádico de cannabis o drogas de síntesis en una persona sana no precisa, en principio, de ninguna prueba complementaria.
 - b) En un paciente con consumo abusivo de alcohol, la determinación de parámetros bioquímicos (ácido úrico, triglicéridos, enzimas hepáticas) y hematológicos (volumen corpuscular medio) permiten objetivar los efectos sobre la salud del consumo.
 - c) En un paciente que utiliza o ha utilizado drogas inyectadas es importante descartar complicaciones infecciosas (prueba de Mantoux, serologías para hepatitis B y C, virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sífilis, citomegalovirus, toxoplasma, etc.). Según el resultado de la anamnesis y la exploración, podrán estar indicadas otras exploraciones (radiografía de tórax, espirometría, electrocardiograma, pruebas de neuroimagen, cultivos en medios específicos, etc.)

2. Una circunstancia particular, que merece especial atención, es la detección del consumo mediante pruebas analíticas. Existen tests que pueden determinar la presencia de tóxicos en orina o sudor durante un tiempo variable. En ocasiones, algunos padres demandan estas pruebas para conocer si sus hijos consumen drogas. Como ya se ha señalado, la anamnesis es la herramienta fundamental para explorar el consumo de cualquier paciente. El uso de una prueba analítica para desenmascarar el consumo de un paciente es, en principio, inaceptable tanto ética como prácticamente (ya que no aporta ninguna información sobre las circunstancias, la frecuencia y las consecuencias del consumo, además de quebrar la relación médico-paciente y vulnerar el principio ético de autonomía).

VALORACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

¿Todos los consumos de drogas son peligrosos por igual?

Como sucede en muchas otras circunstancias de la vida, el consumo de drogas es una situación en la que se ponen en juego consecuencias potenciales positivas (**placer**) y consecuencias potenciales negativas (**riesgos**). Es importante considerar ambos elementos: la principal motivación de las personas al utilizar drogas es la búsqueda de efectos deseados y agradables, aunque también pueden presentarse consecuencias negativas. Éstas deben ser consideradas en su justa medida, distinguiendo entre los riesgos graves o frecuentes y aquellos que no son importantes o aparecen de forma extraordinaria. Para valorar si un determinado consumo supone más o menos riesgos, hay que hacer una evaluación cuidadosa de tres aspectos: el **individuo**, la **sustancia** y el **contexto** en el que se realiza el consumo (figura 1).

Un primer factor que considerar siempre es la frecuencia del consumo, distinguiendo entre consumos **episódicos (experimentales u ocasionales)** y consumos **sistemáticos (habituales o compulsivos)**. Es importante distinguir entre los consumos **recreativos** (asociados a espacios de ocio, típicos del fin de semana) y los **instrumentales** (en los que se persigue un fin determinado: rendir más en el trabajo, evitar el síndrome de abstinencia, etc.). También es importante tener en cuenta la elevada frecuencia con la que se presenta el **policonsumo** de distintas sustancias, que suele aumentar considerablemente las consecuencias negativas.

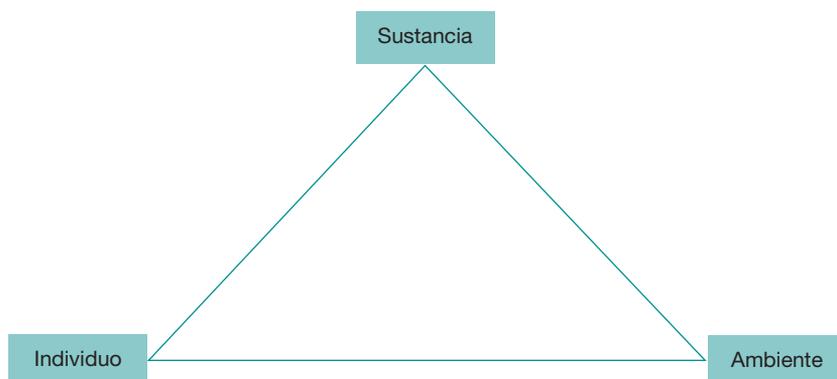


Figura 1. Elementos que se deben valorar en el consumo de drogas

¿Qué factores hay que valorar en relación con la sustancia consumida?

Existen **características** inherentes a cada una de las distintas drogas que condicionan los efectos y los riesgos:

- **Tipo de sustancia:** una clasificación sencilla de las drogas distingue entre drogas **estimulantes** del sistema nervioso central (cafeína, cocaína, metanfetamina, etc.), **depresoras** (alcohol, benzodiazepinas, etc.) y alteradores de la mente o **psicodélicas** (LSD, ketamina, etc.). Algunas sustancias pueden producir efectos mixtos: el éxtasis (3,4-metilendioximetanfetamina o MDMA), por ejemplo, produce una estimulación suave con ligeros tintes psicodélicos.
- **Dosis:** la **dosis mínima eficaz** (DME) es aquella a partir de la cual se manifiestan los efectos buscados al consumir la droga. La **dosis mínima tóxica** (DMT) es aquella a partir de la cual se inician los efectos tóxicos. El margen de seguridad (DMT-DME) es propio para cada sustancia y en algunas ocasiones puede solaparse. Al incrementar las dosis, los efectos pueden variar: dosis bajas de alcohol suelen tener efectos euforizantes o estimulantes, pero en dosis elevadas el alcohol se comporta como un depresor.
- **Vía de administración:** las drogas pueden alcanzar el sistema nervioso central tras haber sido administradas por vía **oral**, **inyectada (intramuscular o intravenosa)**, **intranasal** (esnifada), **pulmonar** (fumada o inhalada) o **transmucosa**, si bien no todas las sustancias admiten cualquier vía. La vía de administración afectará a la intensidad y rapidez de los efectos, así como a algunas de las posibles complicaciones: la práctica de compartir jeringuillas se asocia con transmisión de patógenos como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o virus hepatotropos (virus de la hepatitis B [VHB], y C [VHC], etc.); el consumo intranasal puede ser causa de ulceraciones en la mucosa nasal, etc.
- **Asociación a otras sustancias:** el consumo de más de una droga incrementa los riesgos. Si los efectos de éstas son similares (p. ej., alcohol y opiáceos, opiáceos y benzodiazepinas), los efectos tóxicos pueden potenciarse, de forma que la suma de dosis relativamente seguras de las dos sustancias puede dar lugar a una sobredosis. Si, por el contrario, los efectos son antagónicos, pueden disminuir los efectos buscados, aunque en algún caso los usuarios los utilizan para conseguir este antagonismo, como en el consumo de algún depresor (heroína, benzodiazepinas, etc.) para compensar el «subidón» de un estimulante (cocaína), y viceversa.
- **Valoración social:** las drogas institucionalizadas (alcohol, tabaco, benzodiazepinas, etc.) tienen un reconocimiento legal y un uso normativo. Su accesibilidad y disponibilidad es mayor que la de las drogas no institucionalizadas, cuya venta está sancionada por la ley. La falta de controles sanitarios sobre la producción de drogas ilegales hace que la adulteración sea un riesgo que se debe tener en cuenta. Cabe recalcar que el consumo de cualquier droga, independientemente del reconocimiento de ésta, en una persona menor de 18 años es siempre ilegal.
- **Potencial de abuso y dependencia:** las características farmacodinámicas de determinadas drogas hacen posible la aparición de **dependencia física** ante consumos con-

tinuados durante largo tiempo. Los cambios neuroadaptativos que produce el consumo crónico de algunas drogas (alcohol, benzodiazepinas, opiáceos, etc.) dan lugar a la aparición de un **síndrome de abstinencia** al suspender su administración.

¿Qué es necesario valorar en cuanto al individuo?

Existen características propias de cada persona que es necesario tener en cuenta al evaluar el consumo de drogas:

- **Sexo:** existen diferencias biológicas que pueden dar lugar a efectos distintos de las sustancias en hombres y mujeres. Éstas tienen una mayor susceptibilidad a los efectos de drogas como el alcohol o el éxtasis (MDMA), necesitando menores cantidades para alcanzar los mismos efectos. Con excepción de las benzodiazepinas, los consumos de todas las drogas son más prevalentes en varones que en mujeres. El **embarazo** y la **lactancia** son dos circunstancias en la vida de la mujer en las que el consumo de cualquier droga está absolutamente contraindicado.
- **Edad:** los primeros contactos con drogas (tanto legales como ilegales) suelen producirse a lo largo de la **segunda década de la vida**. **El riesgo de desarrollar abuso o dependencia hacia una sustancia es mayor cuanto más precoz sea el contacto con ella.** Un objetivo preventivo de primera magnitud será retrasar en lo posible el contacto con las drogas.
- **Pauta de consumo:** según la frecuencia de consumo se va haciendo más intensa, el desarrollo de **tolerancia farmacológica** (necesidad de incrementar la dosis para conseguir los mismos efectos) se hace más probable, lo que aumenta también los efectos secundarios y tóxicos.
- **Concurrencia de patología:** es importante considerar los efectos tóxicos selectivos de ciertas drogas sobre determinados órganos y sistemas. En personas con patología preexistente, los riesgos se incrementan. Se denomina **patología dual** (comorbilidad psiquiátrica) a la concurrencia en el mismo paciente de una enfermedad mental grave con tendencia a la cronicidad (trastornos psicóticos y afectivos) con un trastorno por abuso y/o dependencia de alcohol u otras drogas. Algunas drogas parecen facilitar el desarrollo del trastorno mental en personas predispuestas (p. ej., cannabis y esquizofrenia), mientras que en el caso de otras, muchos autores creen que pueden desempeñar un papel de automedicación (p. ej., opiáceos y esquizofrenia). El diagnóstico de trastorno dual dificulta el manejo del paciente y ensombrece el pronóstico.

¿Cuáles son los factores importantes en cuanto al entorno?

El consumo de drogas debe entenderse como un fenómeno dinámico, en constante evolución y social. En el **entorno inmediato** del sujeto (**dimensión microsocial**) puede valorarse qué **factores familiares** predisponen o protegen del consumo de drogas y

cómo influyen en la persona factores como la **escuela** o el **grupo de iguales**. La **dimensión mesosocial** aborda la influencia de los entornos en los que se mueve el individuo en sus actividades (ocio, intimidad, etc.). Los patrones generales de cultura, valores, sistema social, legislación, etc. constituyen la **dimensión macrosocial**.

¿Cuándo podemos decir que una persona es drogodependiente?

Algunas drogas pueden producir problemas de dependencia. La dependencia a sustancias se define como el **conjunto de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que un individuo continúa consumiendo una sustancia a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella**. En el paciente dependiente, existe un patrón de autoadministración repetida que a menudo lleva a la **tolerancia**, síntomas de **abstinencia** y a una ingestión compulsiva de la sustancia. La tabla 1 resume los criterios diagnósticos DSM-IV (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*) para dependencia de sustancias.

Tabla 1. Criterios DSM-IV para la dependencia de sustancias

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. TOLERANCIA. Definida como:
 - a) Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o efecto deseado
 - b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado
2. ABSTINENCIA. Definida como:
 - a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia
 - b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período de tiempo más largo de lo que inicialmente se pretendía
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, ingesta continuada de alcohol a pesar de que empeora una úlcera, etc.)

En realidad, los criterios diagnósticos de dependencia son muy estrictos y no son aplicables a muchos pacientes que, sin ser dependientes, pueden presentar problemas en relación con el uso de sustancias. Por otro lado, el policonsumo de distintas sustancias es un fenómeno muy habitual, lo que dificulta en muchas ocasiones un diagnóstico claro. El diagnóstico de **«abuso de sustancias»** (tabla 2) se establece a partir de las **consecuencias negativas del consumo**, independientemente de la existencia de tolerancia, abstinencia o consumo compulsivo.

Uno de los errores más frecuentes al abordar el fenómeno de las drogas es etiquetar de «drogodependiente» a cualquier consumidor de sustancias (ilegales). Como ya se ha señalado, los criterios de dependencia son muy estrictos y hacen referencia a un cuadro clínico muy concreto.

Tabla 2. Criterios DSM-IV para el abuso de sustancias

Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. Consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, en la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o escaso rendimiento escolar relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)
2. Consumo recurrente de la sustancia en condiciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o manejar una máquina bajo los efectos de la sustancia)
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia)
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa o violencia física)

Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia

ACTIVIDADES PREVENTIVAS ANTE EL CONSUMO DE DROGAS

¿Es posible realizar actividades de prevención del consumo de drogas desde los centros de salud?

La prevención del consumo de drogas es uno de los retos más atractivos para los profesionales de Atención Primaria (AP) porque los médicos de familia, los pediatras, los enfermeros y los trabajadores sociales tienen ante sí un enorme campo de actuación, en el que pueden modular sus iniciativas y su nivel de implicación dependiendo de la profundidad de sus conocimientos en materia de prevención, los perfiles de población a los que atiendan, sus inquietudes profesionales o las del equipo con el que trabajan o, tal vez, por las demandas recibidas por la población atendida.

La prevención del consumo de drogas en AP es un campo pendiente de explorar y que hasta la fecha ha tenido un escaso desarrollo. Por lo tanto, se puede afirmar que se estarían dejando pasar claras oportunidades para contribuir a la mejora de la salud de las personas que son atendidas en los centros de salud. No obstante, esta realidad no ha de verse como un sentimiento de despreocupación de los profesionales, ni como el resultado de una mala praxis, pues son bien conocidas las condiciones de trabajo en los Equipos de Atención Primaria (EAP) y cuáles han sido hasta la fecha las prioridades de atención a los problemas de salud de los ciudadanos, sin olvidar que el abordaje de los problemas derivados del consumo de drogas tiene una importante complejidad y se encuentra todavía en una fase de desarrollo y acumulación de nuevos conocimientos y de evidencias científicas.

A pesar de estas situaciones poco favorables, se han acumulado experiencias muy interesantes en la AP, con especial intensidad en el abordaje de los consumos de tabaco y alcohol, sin olvidar un cuantioso número de intervenciones realizadas en centros de salud y dirigidas a la infancia y la adolescencia, muchas de ellas con una clara orientación comunitaria.

¿Qué intervenciones se pueden emprender desde un centro de salud?

El consumo de drogas tiene un importante impacto en la salud de la mayoría de los grupos de edad. Desde la adolescencia hasta la vejez, las drogas, en sus distintas clases, pueden actuar como factores de riesgo para la salud. Por ello, si los EAP quieren realizar una intervención integral sobre la salud de la población atendida, deben incorporar actuaciones de prevención. A continuación se presenta una relación de las actividades más indicadas desde AP:

- Actividades de prevención de carácter **individual**, realizadas en la consulta, y generalmente orientadas a adolescentes y pacientes jóvenes. Encaminadas a conocer las conductas en salud del paciente y las posibles prácticas de riesgo, mediante el establecimiento de un diálogo sobre las necesidades en salud y utilizando herramientas de escucha activa y consejo (*counselling*) como estrategia de orientación ante una posible presencia de comportamientos de riesgo (gestión de placeres y riesgos).
- Actividades de prevención de carácter **comunitario**, dirigidas a la infancia y adolescencia y realizadas en colaboración con sus mediadores habituales y mediante la aplicación de programas para la prevención del consumo de drogas. Estos programas se desarrollan, generalmente, con la colaboración de los centros escolares y la participación de docentes, con asociaciones y organizaciones no gubernamentales (ONG), así como la posible participación de los padres.
- Actividades en la consulta para orientar a los padres sobre los temores, sospechas o realidades de sus hijos ante el consumo de drogas.
- Actividades para la detección en las familias y en el entorno social de factores de riesgo que pueden influir en los niños y adolescentes para que adopten conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas.
- Actividades en la consulta para la detección precoz en los adultos de consumos de drogas, normalmente legales como el alcohol y el tabaco, aunque también ilegales, como el cannabis y la cocaína, en situaciones de riesgo potencial o real para su salud.
- Actividades de prevención dirigidas a las enfermedades de mayor prevalencia en morbilidad y mortalidad atendidas en los centros de salud, como son las patologías cardiovasculares y las respiratorias, y que están claramente relacionadas con el consumo de ciertas drogas, especialmente tabaco y alcohol.
- Actividades orientadas a la disminución de daños y el control de factores de riesgo para la salud en consumidores habituales de drogas, que pueden o no estar atendidos por otros dispositivos asistenciales.
- Actividades de refuerzo de conductas con estilos de vida saludables relacionados con las drogas.

Por lo tanto, los EAP están en condiciones de actuar como agentes esenciales en la prevención del consumo de drogas, tanto con los jóvenes como con la población adulta. Estas intervenciones pueden abarcar diferentes ámbitos de actuación y desenvolverse con distinta intensidad, dependiendo del contexto y de las circunstancias de cada centro de salud.

¿Qué componentes debe tener un programa de prevención del consumo de drogas?

En nuestro medio, se acepta como definición de prevención de drogodependencias la siguiente afirmación de Martín (1995): «*Un proceso activo de implementación de ini-*

ciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas».

La prevención de los problemas relacionados con las drogas pretende conseguir varios objetivos y, de una manera u otra, casi siempre uno o varios de ellos están implicados en las actividades de prevención:

- Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.
- Limitar el número de sustancias consumidas.
- Evitar la transición entre el consumo experimental y los consumos problemáticos de drogas.
- Disminuir las consecuencias negativas del consumo de drogas en los individuos, tengan o no dependencia de éstas.
- Educar a las personas para que tengan una relación madura y responsable con el consumo de drogas.
- Potenciar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas.
- Intervenir en las condiciones del entorno familiar, social y cultural y proporcionar alternativas de vida saludables.

Pero la aplicación de la prevención de drogodependencias, es decir, para conseguir los objetivos definidos anteriormente, se necesita articular, definir, necesariamente, un *programa de prevención*. Un programa de prevención es, en palabras de Escámez, «*el diseño de un conjunto de actuaciones con el objetivo específico de impedir la aparición del problema al que se dirige el programa preventivo*». En el caso de las drogodependencias, los programas pueden ser para toda la comunidad o para grupos específicos, diferenciados por edad, género, colectivo, etc.

En AP podemos diferenciar dos grandes grupos de programas preventivos: uno de programas dirigidos a la población infantil y adolescente, con una orientación fundamentalmente comunitaria, que puede complementarse con actuaciones desde la consulta; y un segundo grupo de programas, dirigidos a la prevención del consumo de drogas en la población adulta, orientados fundamentalmente a intervenciones en la consulta, pero que pueden complementarse con intervenciones comunitarias.

¿Es posible conocer los programas de prevención que ofrecen resultados?

Se han identificado ocho factores que inciden de forma clara en la selección y aplicación de los programas de prevención en la población infantil y adolescente. Por lo tanto, cualquier intervención impulsada desde AP debe tenerlos en cuenta:

1. *Incorporar intervenciones que consigan modificar el comportamiento.* Los programas de prevención deben centrarse en modelar las actitudes y en facilitar las habilidades de comportamiento saludable, utilizando para ello las técnicas de la teoría

del aprendizaje y el modelado social, entre otras. Es importante insistir en que la información es un recurso necesario en prevención, pero claramente insuficiente.

2. *Atender siempre a la etapa del desarrollo.* Los programas preventivos han de adaptarse a la edad y el período del desarrollo de la población diana, seleccionando actividades de aprendizaje que resulten atractivas para cada grupo. Además, es preciso adecuar las intervenciones al estadio evolutivo en el que se encuentra la conducta de riesgo, siguiendo el modelo de cambio de Prochaska y DiClemente.
3. *Incorporar intervenciones dirigidas a los padres.* Las conductas de riesgo de los adolescentes están en permanente interrelación con la influencia que los padres tienen sobre sus hijos. Por lo tanto, deben incluir intervenciones con los padres o al menos, contemplar las interacciones que existirán entre ellos.
4. *Analizar las influencias sociales.* Los comportamientos de los adolescentes están mediados por factores como la presión de grupo y los contextos sociales y culturales en los que se desenvuelven de manera cotidiana.
5. *Considerar la presión de los medios de comunicación.* La televisión, Internet y los medios audiovisuales determinan las conductas de los jóvenes. Por ello, se han considerado elementos esenciales para incluir en los programas de prevención del consumo de drogas.
6. *El ámbito educativo.* La escuela es el agente primario de socialización y se ha considerado el medio idóneo para la implantación de programas de prevención de drogas. La mayoría de las evaluaciones de programas indican que los mediadores fundamentales en la prevención han de ser los profesores y los interlocutores habituales de los niños y adolescentes. Sin embargo, cada vez parece más relevante la participación de los profesionales sanitarios, en colaboración con los docentes, como agentes de apoyo y refuerzo de los mensajes en salud.
7. *El mantenimiento de los efectos de los programas.* La prevención ha de considerarse como una actividad mantenida en el tiempo, a largo plazo y que debe ser evaluada con cierta periodicidad para identificar si se alcanzan los objetivos. La intensidad en la aplicación de los programas puede disminuir con el paso del tiempo, manteniendo sesiones de recuerdo.
8. *La perspectiva de la actuación.* Los programas pueden ser actuaciones limitadas que van enriqueciéndose con el paso del tiempo. El papel potencial de AP es muy atractivo al poder trabajar en dos escenarios complementarios: por un lado, en la consulta y el centro de salud, y por otro, de manera complementaria, con intervenciones comunitarias, dirigiéndose a medios de comunicación, asociaciones, colegios, etc.

En resumen, la AP tiene una enorme potencialidad de participar en actuaciones preventivas dirigidas a la infancia y la adolescencia, y los criterios esenciales para realizarlos son intentar impulsar iniciativas que respondan a los conocimientos científicos actualizados.

¿Vale todo en prevención?, ¿cómo han evolucionado los programas de prevención de drogas?, ¿de cuántos tipos de prevención podemos hablar?

En el campo de la prevención de las drogodependencias cada vez tiene menor relevancia la clasificación realizada por Caplan, que diferencia entre prevención primaria, secundaria y terciaria. La prevención **primaria** es aquella que interviene para evitar el consumo de drogas, evitando los factores de riesgo y desarrollando los factores de protección; la prevención **secundaria** tiene como objetivo identificar con la mayor celeridad los consumos iniciales e intervenir para evitar sus consecuencias; y la **terciaria** se centra en el tratamiento y la rehabilitación de la dependencia de las drogas.

En los últimos años se ha impuesto una nueva terminología, que diferencia la prevención en tres tipos (Gordon, 1987): la universal, la selectiva y la indicada. La **universal** es aquella que va dirigida a todo un grupo diana sin distinción, trabaja fomentando valores y habilidades. La prevención **selectiva** es aquella que se dirige a subgrupos más específicos que tienen un mayor riesgo de consumo; es de mayor intensidad y duración. La prevención **indicada** también va dirigida a subgrupos, pero que suelen ser de consumidores o con problemas del comportamiento.

Otra modalidad de clasificación de la prevención está relacionada con el lugar donde se aplica. De esta forma, se diferencia entre prevención **escolar, familiar, comunitaria** y otras, como militar, penitenciaria, en los medios de comunicación, etc.

Por último, cabe indicar la existencia de otra modalidad de clasificación de la prevención, ya en desuso, y que diferencia entre prevención específica e inespecífica. Calafat definió la prevención **específica** como aquellas actuaciones que de una forma clara, concreta y explícita tratan de influir en el uso de drogas. Por el contrario, la **inespecífica** es la que trata de alterar los consumos indirectamente, a través de programas o actuaciones con baja conexión con el consumo de drogas. La inespecífica se orienta a actividades no directamente relacionadas con las drogas, como la ocupación del tiempo libre, fomentar las actividades deportivas, culturales o artísticas, promover asociaciones juveniles, el desarrollo de habilidades personales, etc.

¿Cuáles son las bases teóricas de los programas de prevención de drogas?

El modelo teórico general subyacente a los programas preventivos de drogas se fundamenta en la etiología del consumo de drogas. Se apoya en tres ejes: 1) hay factores que facilitan el inicio y el mantenimiento del consumo de drogas; 2) hay una progresión del consumo de drogas legales e ilegales, estabilizándose los consumos de riesgo, y 3) diferentes variables socioculturales, biológicas y psicológicas modulan el inicio, el mantenimiento y la progresión, o no, en el consumo de drogas.

Fue en 1997 cuando el NIDA (National Institute on Drug Abuse) estadounidense estableció un catálogo que recoge los principios para la prevención de drogas, basados en las investigaciones más relevantes y que rigen en la actualidad. Son los siguientes:

1. Los programas de prevención deben ser diseñados para realzar los factores de protección y reducir los factores de riesgo
2. Los programas tienen que incluir todas las formas de consumo y sustancias.
3. Deben abarcar estrategias para reforzar las actitudes contra el consumo, incrementar la competencia social y mejorar las habilidades sociales.
4. Los programas para adolescentes tienen que basarse en actividades con interacción entre ellos.
5. Es conveniente incluir actividades dirigidas a los padres y educadores como mediadores principales de los adolescentes.
6. Los programas preventivos deben diseñarse con actividades a largo plazo, aunque con diferente intensidad.
7. Los programas que incluyen actividades con las familias tienen mayor impacto.
8. Los programas comunitarios, dirigidos a medios de comunicación, aumentan su impacto si se integran con intervenciones en la familia y en la escuela.
9. La regulación y la aplicación de normas pueden reforzar la acción de los programas comunitarios.
10. La escuela es un medio favorable para los programas de prevención y para seleccionar a subpoblaciones con mayor riesgo de consumo.
11. Cuanto mayor sea la conducta de riesgo, mayor ha de ser la intensidad de los programas de prevención.
12. El éxito de los programas de prevención aumenta cuando experimentan adaptaciones a las condiciones de cada contexto comunitario.
13. Los programas preventivos deben adecuarse a la edad de la población diana.
14. Por cada dólar gastado en prevención del consumo de drogas se puede ahorrar entre 4 y 5 dólares en costes de tratamiento.
15. La evaluación de los resultados ha de incluirse en los programas como estrategia de mejora continua.

¿Son los factores de protección «el opuesto» a los factores de riesgo?

Ha sido múltiple la relación de factores de riesgo y de protección descritos por los diferentes autores. Estos factores actúan en los individuos como dos extremos de un continuo, de manera que según las circunstancias actúan como protección o como un factor de riesgo para el consumo de drogas. Seleccionamos, entre las posibles, la clasificación de factores que influyen en el consumo de drogas realizada por un autor español, Salvador Moncada:

1. Factores de riesgo ambientales:
 - a) La deprivación social.
 - b) La desorganización comunitaria.
 - c) La disponibilidad y accesibilidad de sustancias.
 - d) La percepción social de riesgo.

- e) La movilidad de la población.
 - f) Las normas y leyes de la comunidad.
2. Factores de riesgo del individuo; sus relaciones con el entorno:
- a) Antecedentes familiares de alcoholismo.
 - b) Pautas educativas.
 - c) Actitudes y modelos de conducta de los padres.
 - d) Conflictos familiares.
 - e) Los valores.
 - f) La agresividad.
 - g) La búsqueda de sensaciones.
 - h) Otros problemas de conducta.
 - i) La actitud hacia las drogas.
 - j) El fracaso escolar.
 - k) El grupo de iguales.

Una vez definida la relación de los factores de riesgo y de protección, Moncada extrae las siguientes conclusiones:

- Se puede afirmar que existen factores asociados al consumo de drogas, así como otros aparecen asociados a la abstinencia.
- Estos factores se clasifican en factores del individuo y sus relaciones con el entorno y factores ambientales.
- A mayor concentración de factores, mayor riesgo o protección.
- Existen diferentes factores de riesgo para distintas drogas.
- Los factores de riesgo se agudizan conforme el sujeto pasa a fases más intensas o problemáticas de consumo.
- Algunos factores de riesgo están presentes a lo largo de toda la vida, otros son más propios de determinadas etapas (presión de grupo).
- Algunos factores son más remotos, causas indirectas de la conducta, aunque no por ello menos importantes.
- Se han encontrado factores de riesgo y protección comunes a un gran número de conductas problemáticas, como embarazos no deseados, fracaso escolar, violencia, delincuencia juvenil, etc.

¿Es útil la entrevista motivacional para abordar la prevención de drogas?

La prevención del consumo de drogas también puede y debe realizarse desde la consulta del centro de salud. Las intervenciones pueden dirigirse a población adolescente, a familias con potenciales factores de riesgo o a adultos con consumos de sustancias de riesgo. En todos los casos, el instrumento que ha demostrado mayores ventajas para generar cambios en las personas es la *entrevista motivacional*.

La entrevista motivacional se basa en el respeto al paciente, a sus creencias y a su escala de valores. Intenta estimular la motivación y favorecer una actitud hacia hábitos sanos, con una especial atención en reforzar los puntos de vista del paciente y su libertad para escoger. El principio que orienta la entrevista motivacional es considerar que ante la necesidad y el esfuerzo que significa para las personas realizar un cambio en sus comportamientos, se necesita que el individuo identifique con claridad las razones del cambio y los beneficios potenciales que obtendrá en el futuro.

Por lo tanto, con la técnica de la entrevista motivacional los profesionales sanitarios se convierten en facilitadores para el cambio de la conducta del paciente. Los elementos que rigen su manejo son los siguientes:

- La motivación intrínseca. La capacidad de cambio está en el interior de cada persona y es prácticamente imposible «imponerla desde el exterior».
- La elección y el control propios. La persona está más motivada para hacer cambios cuando se basan más en sus propias decisiones que si una figura de autoridad le dice lo que tiene que hacer.
- El autoconvencimiento. El paciente debe utilizar sus propios argumentos para iniciar un cambio.
- La autoconfianza. Cuanta más confianza tenga una persona en que puede cambiar será más fácil que lo consiga. Esto tiene gran influencia en la capacidad para iniciar una nueva conducta y mantenerla como hábito.
- La ambivalencia. En prácticamente todas las situaciones de cambio se produce una contradicción entre la conducta que se desea conseguir y la que se quiere renunciar. Es preciso ayudar a gestionar la angustia que genera esta ambivalencia.
- Adecuación a cada persona. No sirven las recetas universales, y es preciso escuchar y comprender las vivencias de cada persona ante una situación de cambio.
- El respeto a la persona. Por encima de todo, la entrevista motivacional ha de basarse en el respeto a la decisión de la persona que va a emprender el cambio y evitar la imposición de la conducta por parte del profesional sanitario.

En definitiva, una entrevista motivacional es un proceso de interacción entre el profesional sanitario y el paciente, en busca de un cambio de comportamiento que tendrá como consecuencia una menor probabilidad de riesgos para su salud y, potencialmente, un mayor bienestar.

¿Cuándo decimos que un profesional es competente en el manejo de la entrevista motivacional?

Para conseguir un adecuado manejo de esta técnica los profesionales deben capacitarse en los siguientes aspectos (tomados de Lizarraga y Ayarra):

- Expresar empatía. Significa aceptar y respetar al paciente, pero no, necesariamente, aprobarlo. Implica un cierto grado de solidaridad emocional intentando comprender sus

pensamientos y emociones preguntándonos: ¿cómo me sentiría yo en sus circunstancias?, ¿coincide la emoción que yo tendría con la que él me expresa?, ¿cómo le transmito que le comprendo? La respuesta empática es una habilidad bien definida que se adquiere con entrenamiento y permite comprender y aceptar lo que el otro expresa.

- Desarrollar la discrepancia. Lograr que el paciente reconozca dónde se encuentra y dónde querría estar respecto al hábito o conducta que se quiere modificar. Interesa aumentar su nivel de conflicto, especialmente entre la conducta actual y los valores importantes de su vida. Trabajar la emoción que genera la incomodidad de la duda y/o conflicto es el mayor motor para el cambio. Para aumentar la eficacia de la entrevista es importante conseguir que el paciente verbalice sus discrepancias.
- Evitar argumentar y discutir con el paciente sobre la conveniencia o utilidad de un cambio porque esto le puede crear resistencia. Los argumentos directos y los intentos de convencerle tienden a producir oposición ante las indicaciones, sugerencias u órdenes para el cambio. Esta oposición se llama reactancia psicológica (cuanto más se empeña el sanitario, más se cierra el paciente), y surge con frecuencia cuando la persona tiene la percepción de que su capacidad de elección está limitada y, en general, cuando la sensación de libertad se coarta.
- Trabajar las resistencias del paciente evitando las actitudes del sanitario que pueden facilitarlas: tratar de imponer un cambio por «su bien», plantear implícita o explícitamente que la relación asistencial conlleva la obligatoriedad de un cambio, reñir al paciente ante la falta de cambio, etc.
- Apoyar y fomentar el sentido de autoeficacia. Creer en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante, ya que tiene una gran influencia en la capacidad de iniciar una nueva conducta y en mantenerla. No podemos olvidar que el paciente es responsable de escoger y realizar el cambio y que nosotros le prestamos ayuda si lo desea.

¿Es posible generar cambios en las conductas de riesgo de los pacientes?

Las intervenciones preventivas van orientadas a producir cambios en las conductas de las personas. De la misma manera que utilizamos la entrevista motivacional como instrumento para facilitar las condiciones para que las personas adopten una decisión de cambio, es necesario identificar los diferentes modelos explicativos que permiten los cambios en los estilos de vida. Los cinco modelos que se exponen en la tabla 1 permiten identificar los elementos que determinan los cambios de conducta y son esenciales para las actividades de prevención del consumo de drogas.

¿En qué consiste el modelo de asesoramiento en la prevención del consumo de drogas?

En los países anglosajones está popularizándose entre los profesionales sanitarios el método propuesto por la Canadian Task Force on Preventive Health Care, conocido

Tabla 1. Aspectos clave de los diferentes modelos de los cambios de conducta para aplicar en las consultas de APS

Teoría del aprendizaje social	<ul style="list-style-type: none"> • Tener en cuenta la credibilidad de los modelos sociales • Potenciar la autoeficacia: objetivos pequeños y progresivos, fijación explícita de estos objetivos y seguimiento de los resultados, <i>feedback</i> y refuerzo • El refuerzo positivo ayuda a retener o repetir la conducta. La falta de refuerzo ayuda a extinguir la conducta
Modelo de creencias de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar los pros y contras del cambio, así como la percepción de susceptibilidad y de gravedad de la enfermedad • Buscar los estímulos asociados a la conducta no deseada y plantear alternativas y estrategias de afrontamiento. Crear estímulos asociados a la nueva conducta
Modelo de acción de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciar la autoestima de las personas • Buscar el apoyo del entorno
Modelo de procesamiento de la información por el consumidor	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse de qué información dispone la persona y de cuál quiere tener (¿posee la información necesaria para tomar una decisión informada?) • La capacidad de procesamiento de la información es limitada: seleccionar la más relevante, en unidades lógicas para poder establecer reglas de decisión • Asegurarse de que la información está disponible, de que es apreciada como útil y novedosa, y de que es procesable (tiene un formato agradable y atractivo)
Modelo de los estadios del cambio	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuar las intervenciones al estadio buscando que las personas avancen en el proceso del cambio • En las primeras fases, utilizar modelos motivacionales o informativos, en las fases posteriores, emplear estrategias más instrumentales (capacitar a la persona para realizar la nueva conducta y para afrontar las barreras a su realización)

Tomado de Carmen Cabezas, 2007.

como el modelo de las 5 A, y que originariamente fue diseñado por el National Cancer Institute como estrategia de intervención sanitaria para ayudar a dejar de fumar, y conocido como el modelo de las 4 A (*ask* [preguntar], *advise* [aconsejar], *assist* [ayudar], *arrange* [fijar seguimiento]). Las características principales de los cinco pasos de este modelo se recogen en la tabla 2.

Este modelo de asesoramiento parece especialmente destacado para complementarlo con la entrevista motivacional e implantar en AP actuaciones dirigidas a la prevención de las consecuencias derivadas del consumo de drogas.

Algunas características del profesional sanitario que se relacionan con una mejor respuesta a los mensajes de educación sanitaria son las que se recogen en la tabla 3.

Los profesionales de AP ocupan una posición estratégica y única a la hora de realizar actividades preventivas en materia de drogas. La revisión Cochrane sobre inter-

Tabla 2. Modelo organizativo de las 5 A para las intervenciones de asesoramiento

<i>Assess</i> (averiguar)	Preguntar sobre los factores y conductas de riesgo, y sobre los aspectos que afectan a la elección o el cambio de la conducta
<i>Advise</i> (aconsejar)	Dar consejos claros, específicos y personalizados, incluyendo información sobre los riesgos/beneficios personales
<i>Agree</i> (acordar)	Pactar en colaboración los objetivos y los métodos más apropiados, basados en los intereses y en la capacidad para el cambio de la persona
<i>Assist</i> (ayudar)	Usar técnicas de modificación de la conducta (autoayuda o asesoramiento) para ayudar a la persona a conseguir los objetivos pactados adquiriendo las habilidades, la confianza y el apoyo social/ambiental que favorece el cambio, junto con los tratamientos farmacológicos cuando sean adecuados
<i>Arrange</i> (asegurar)	Fijar (asegurar) visitas de seguimiento (en el centro o telefónicas) para ayudar/apoyar y para ajustar el plan terapéutico como se necesite, incluyendo la derivación a unidades especializadas cuando sea necesario

Tabla 3. Características del profesional sanitario que se relacionan con una mejor respuesta a los mensajes de educación sanitaria

Crear firmemente en la importancia de trabajar temas de prevención y promoción de la salud
Transmitir interés en ayudar a las personas a mejorar su salud
Valorar la disponibilidad para el cambio y reconocer que estar más dispuesto a cambiar es una señal de progreso
Individualizar el consejo y la educación basándose en los factores de riesgo más importantes de cada persona: personalizar riesgos y beneficios
Buscar objetivos conductuales que se puedan conseguir y que progresivamente puedan llevar a un cambio permanente e importante
No sobrecargar al individuo con muchas tareas/informaciones
Registrar los temas de educación y consejo que se han tratado y los que se planean tratar en próximas visitas
Comunicar a la persona que puede acudir a su profesional sanitario/centro cuando esté interesado en recibir más información o ayuda para hacer un cambio relacionado con su salud
Apoyar y reforzar cualquier cambio, aunque sea pequeño, reconociendo que los cambios de conducta son difíciles

Según ICSI, tomado de Cabezas 2007.

venciones para integrar las actividades preventivas en AP afirma que no hay una base sólida para afirmar que una intervención o paquete de intervenciones vaya a conseguir mejores resultados que otra. Es importante adaptar las intervenciones a las barreras específicas para el cambio, y por eso las intervenciones multicomponentes que intentan afrontar diversas barreras parecen ser más efectivas que las intervenciones simples.

TRABAJO CON LA FAMILIA

¿Por qué con la familia?

- El motivo de consulta más frecuente relacionado con el consumo de drogas en las consultas de Atención Primaria (AP) suele ser la demanda indirecta por parte de los padres ante la sospecha y/o conocimiento de un consumo por parte de sus hijos.
- La familia puede comportarse como un factor protector o de riesgo para un consumo de drogas problemático.
- Es necesario trabajar con la familia desde un principio, tanto desde la perspectiva preventiva como terapéutica. Desde la perspectiva preventiva en drogas, el trabajo debe comenzar mucho antes de la aparición del problema.

¿Cuándo es un factor protector?

- Cuando existen buenas dinámicas familiares (clima de confianza, creencias y actitudes saludables, etc.).
- Cuando hay buena comunicación con los progenitores.
- Cuando existen límites en el proceso educativo.

¿Cuándo puede ser la familia un factor de riesgo?

- En familias desestructuradas.
- Cuando existe violencia familiar.
- Cuando hay antecedentes de abuso de drogas o consumos problemáticos en sus componentes.
- En familias monoparentales.
- Cuando existe exceso de permisividad en el proceso educativo.
- Cuando hay excesiva protección.

¿Cómo hemos de actuar ante la demanda por parte de la familia de un «análisis» para confirmar la sospecha de un posible consumo de un hijo?

Nota: hoy en día existen diferentes tests comercializados y disponibles en las farmacias, ya sean de orina, sudor, etc., de fiabilidad muy variable, para análisis cualitativos y cuasi cuantitativos para diferentes drogas.

1. Es necesario manejar de forma adecuada este tipo de situaciones, ya que si no, de existir un problema, no podremos intervenir en un futuro.
2. Hay una serie de elementos que se deben considerar cuando se dan este tipo de situaciones:
 - a) Conocimiento previo de la dinámica familiar.
 - b) En primer lugar, la escucha activa a los padres servirá para clarificar la demanda y facilitar la descarga emocional. No podemos olvidar que la angustia suele ser el motivo que les incita a consultar y hay que darle una respuesta adecuada. Trabajar y evitar posibles sentimientos de culpa.
 - c) Clarificar qué situación concreta les hace pensar en un posible consumo. Las situaciones pueden ser muy dispares, desde que un hijo adolescente haya llegado una noche a casa tarde, cansado y con los ojos rojos, a que le hayan encontrado una «china» de hachís en el pantalón, o que le hayan observado esnifando cocaína en el baño. Hay que contextualizar la situación concreta y tranquilizar, en lo posible, a los padres.
 - d) Antes de precipitarse en uno u otro sentido, iniciar un proceso de deliberación, analizando las posibles acciones que seguir y sus consecuencias, eligiendo la que se considere óptima.
 - e) Informar a los padres de los derechos de los adolescentes y preservar la confidencialidad y el secreto profesional para con ellos en todo momento. No obstante, hay que trabajar para conseguir que el adolescente acuda a la consulta para valorar un posible consumo, ya que ésta sería la única posibilidad de poder ayudarle en caso de que fuera necesario. Tenemos que tener en cuenta que el vínculo que establezcamos con el adolescente marcará cualquier posible futura relación terapéutica.
 - f) Por el contrario, en algunas situaciones puede ser útil para trabajar la ya deteriorada relación padres-hijo/a, si la utilización de este instrumento conlleva una explicación y consentimiento explícito previo por parte del interesado.
3. Nuestro objetivo último debe ser conseguir un vínculo terapéutico con el interesado («enganche»).

¿Cómo manejar una entrevista con los padres si el hijo/a está presente?

- En primer lugar, escuchar la demanda, generalmente por parte de los padres, pero manejando correctamente el lenguaje verbal y no verbal para con el hijo/a.
- Justificar la pertinencia de una entrevista a solas con el interesado/a invitando a los padres a salir por el tiempo que sea necesario (cabe la posibilidad de posponer el encuentro para una futura consulta si fuera preciso por la falta de tiempo).
- Posteriormente, trabajar con el adolescente, asegurándole la confidencialidad y el secreto profesional en todo el proceso, respetando sus comportamientos como si de un adulto se tratase y mostrándonos como una posible ayuda si fuera preciso y él lo

encontrara oportuno. Cualquier refuerzo de cara a su autoestima será de gran utilidad. Asimismo, deberemos pactar qué información transmitir a sus padres y cómo hacerlo, tanto de forma inmediata cuando entren de nuevo a la consulta, como posteriormente según el plan acordado.

- Volver a invitar a los padres a entrar e informarles de lo previamente pactado con el hijo en relación con el plan que se va a seguir.

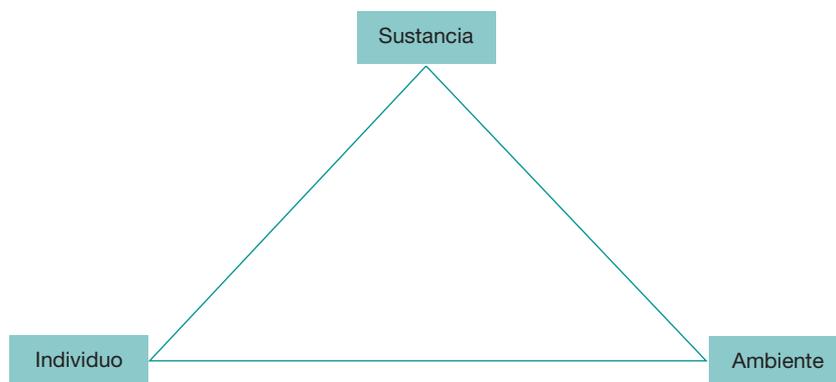
¿Qué hacer si detectamos un consumo de drogas en un adolescente?

1. En primer lugar, debemos explorar de qué tipo de consumo se trata.
 - a) En relación con la temporalidad:
 - ¿Ocasional?
 - ¿Instrumental?
 - ¿Habitual?
 - ¿Diario?
 - b) En relación con la finalidad:
 - ¿Experimental?
 - ¿Instrumental (busca un fin determinado: pertenencia a grupo, desinhibición, sociabilidad, etc.)?
 - Alivio de síntomas de abstinencia (dependencia).
 - c) Contexto de consumo (colegio, fin de semana, discotecas, etc.).
2. Explorar conocimientos previos sobre la o las drogas consumidas y complementar la información.
3. Identificar si se trata o no de un consumo **«problemático»**.
 - a) «No problemático»: adecuar el consejo y reforzar la relación con el adolescente para el seguimiento de la conducta de riesgo.
 - b) «Problemático»: explorar la intención de cambio (fase de cambio) y adecuar las posibles intervenciones según cada situación concreta pactando un plan de actuación. Es fundamental considerar el refuerzo ante cualquier cambio, por mínimo que sea éste. Valorar la intervención de otros profesionales y/o la derivación a otro nivel asistencial cuando sea necesario.

VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS

¿Se puede tener un consumo «controlado»?

Como ya se describió en el capítulo 4 a la hora de evaluar un consumo de drogas hay que tener en cuenta el triángulo:



Por otra parte, el DSM-IV (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*) se refiere, tanto para el abuso como para la dependencia, al «patrón desadaptativo» de uso y la CIE 10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud) habla de consumo perjudicial cuando afecta a la salud física o mental de la persona. Resumiendo, podríamos afirmar que existen patrones de consumo adaptativos y no adaptativos o perjudiciales, y que la definición de cada uno de ellos es estrictamente individual, teniendo en cuenta las circunstancias de cada persona, sustancia y contexto.

¿Qué riesgos puede suponer el consumo de drogas?

Todo consumo de drogas tiene unos posibles riesgos. Aparte de los sociales/penales derivados de la consideración de una serie de sustancias como ilegales, médicamente se definen los **trastornos mentales** inducidos por sustancias como:

- Delirium.
- Demencia persistente.
- Trastorno amnésico persistente.
- Trastorno psicótico.
- Trastorno del estado de ánimo.
- Trastorno de ansiedad.
- Trastorno sexual.
- Trastorno del sueño.
- Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (*flashbacks*).

Cada uno de ellos se puede asociar al consumo de diferentes sustancias, como se muestra en la tabla 1 (DSM-IV-TR).

En cuanto a la **afectación física**, dependerá tanto de las diferentes sustancias (véanse las fichas específicas en el anexo), como de las formas de administración. Los problemas más frecuentes que conviene tener en cuenta se han descrito en un capítulo anterior. No debemos olvidar que las «drogas ilegales», debido a su peculiar comercialización, no están sometidas a controles y el consumidor carece de datos acerca de la pureza y los productos añadidos que pueden ser responsables de problemas por sí mismos.

Los **trastornos propios del consumo** inadecuado de drogas son los siguientes:

- Abuso.
- Dependencia.
- Abstinencia.
- Sobredosis (o intoxicación).

Un repaso a los criterios del DSM-IV-TR y/o la CIE 10 nos permitirá acceder a definiciones claras al respecto.

¿Qué función desempeñan los adulterantes?, ¿suponen un problema asociado?

Son sustancias que se añaden a la droga. Pueden ser **activos**, alteran el efecto de la droga; **inactivos**, cuyo único efecto es aumentar el volumen; **contaminantes**, o subproductos de una manufactura defectuosa.

Por regla general, las sustancias con que se alteran las drogas antes de su venta tienen como objetivo disminuir la pureza para obtener mayor rendimiento económico y se evitan productos que puedan alterar las características organolépticas o que puedan causar problemas mayores (todo ello por razones comerciales obvias). De todas formas, siempre es posible que personas inexpertas y/o imprudentes empleen sustancias extrañas para la adulteración y que provoquen diferentes problemas.

Es ilustrativo considerar que la famosa estricnina de la heroína se añadía en cantidades mínimas para dar un peculiar «gusto» característico de una zona de Oriente,

Tabla 1. Diagnósticos asociados a la clase de sustancias

	Dependencia	Abuso	Intoxicación	Abstinencia	Delirium por intoxicación	Delirium por abstinencia	Demencia	Trastornos domésticos	Trastornos psicóticos	Trastornos del estado de ánimo	Trastornos de ansiedad	Disfunciones sexuales	Trastornos del sueño
Alcohol	X	X	X	X	I	W	P	P	I/W	I/W	I/W	I	I/W
Alucinógenos	X	X	X		I			I*	I	I	I		
Anfetaminas	X	X	X	X	I			I	I/W	I/W	I	I	I/W
Cafeína			X							I	I		I
Cannabis	X	X	X		I			I			IO		
Cocaína	X	X	X	X	I			I	I/W	I/W	I/W	I	I/W
Fenciclidina	X	X	X		I			I	I	I	I		
Inhalantes	X	X	X		I		P	I	I	I	I		
Nicotina	X			X									
Opioides	X	X	X	X	I			I	I	I		I	I/W
Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	X	X	X	X	I	W	P	P	I/W	I/W	W	I	I/W
Varias sustancias	X												
Otros	X	X	X	X	I	W	P	P	I/W	I/W	I/W	I	I/W

* También trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (*flashbacks*).

Nota: X, I, W, I/W o P indican que la categoría es reconocida en el DSM-IV. Además, I indica que puede señalarse el especificador con inicio durante la intoxicación (exceptuando el caso de delirium por intoxicación); W indica que puede señalarse el especificador con inicio durante la abstinencia (exceptuando el delirium por abstinencia); I/W indica que puede señalarse el especificador con inicio durante la intoxicación o con inicio durante la abstinencia, y P indica que el trastorno es persistente.

más valorada por los consumidores. No consta ninguna muerte (excepto en el cine) por adulteración directa con esta sustancia.

En la memoria del Instituto Nacional de Toxicología (2002) los adulterantes más frecuentes detectados en 2.119 muestras fueron: cafeína, paracetamol, fenacetina, ácido acetilsalicílico, lidocaína, procaína, lactosa, glucosa, sacarosa, inositol y manitol.

¿Qué síntomas nos pueden hacer sospechar del consumo de tóxicos?

La intoxicación aguda por una sustancia, los síntomas de abstinencia y otros cuadros agudos son específicos de la sustancia (con variaciones individuales muy acusadas). Los cuadros de dependencia son, básicamente, comportamentales. Debido a esto, no resultan de casi ninguna utilidad los detalles clínicos genéricos que indicarían, en principio, que «alguien está consumiendo drogas». Por otra parte, las analíticas no informan acerca de las cantidades, pautas ni comportamientos (un consumo único de cannabis puede arrojar resultados positivos en orina durante más de 15 días; un consumidor de cocaína, bebiendo del orden de cuatro litros de agua al día y tomando alopurinol, puede dar un resultado en orina negativo al cuarto día). Como casi todo en medicina, la respuesta se encuentra en una correcta entrevista clínica y una buena exploración. En las fichas de las diferentes sustancias podemos encontrar los aspectos clínicos más relevantes relacionados con los síntomas y signos correspondientes a las intoxicaciones y abstinencias.

¿Cuándo se produce una sobredosis?

La característica esencial de la intoxicación es la aparición de un síndrome reversible específico de la sustancia debido a su reciente ingestión. Nuevamente, nos referimos a las fichas concretas para los detalles.

La sobredosis puede deberse a:

- Que se trate de droga de mayor pureza de la consumida habitualmente.
- La interacción con otras drogas que potencien sus efectos (cocaína y anfetaminas, anfetaminas y éxtasis [MDMA], cualquier combinación de depresores, etc.).
- La pérdida de tolerancia tras un período de abstinencia: por hospitalización, detención policial, supervisión familiar, inicio de un tratamiento de desintoxicación, etc.
- Un acto de suicidio.

¿Qué hacemos ante un cuadro clínico que nos haga sospechar una intoxicación aguda?

Cada una de las posibles intoxicaciones representa un cuadro específico que debe abordarse con las condiciones de atención urgente. Simplemente recordar (debido a la

frecuencia con que aparece en la bibliografía «antigua») que los **betabloqueantes no deben usarse en la intoxicación por cocaína** debido al riesgo de interacción arritmógena grave. No obstante, en la mayoría de los casos el tratamiento suele ser sintomático y de soporte.

¿Qué podemos hacer ante un cuadro de abstinencia?

La abstinencia es un estado transitorio y autolimitado que, aunque no supone riesgo vital para el paciente (excepto en el caso del alcohol), presenta un cuadro de gravedad variable y ciertamente grave para él.

Aparte de los síntomas y signos específicos de la abstinencia de cada sustancia, que se corresponden, aproximadamente, con los opuestos a la intoxicación, existe un cuadro común (debido a fenómenos neurobiológicos relacionados con el circuito de recompensa y la activación del *locus coeruleus*) compuesto por síntomas y signos relacionados con un cuadro de ansiedad habitual en clínica, con intensos componentes de expectativa negativa en los pacientes que ya han vivenciado un cuadro de abstinencia. En los meses posteriores (de dos a seis) al inicio de la abstinencia podemos esperar un cuadro de ansiedad generalizada más o menos intenso, con alteraciones del sueño y elementos de anhedonia y astenia compatibles con un cuadro depresivo. El tratamiento es el habitual, con ansiolíticos, hipnóticos si se precisan y valorando el uso de antidepresivos. Es importante señalar que el riesgo de dependencia de benzodiazepinas prescritas, en pacientes sin abuso previo, es muy reducido.

¿Cuáles son los objetivos de una desintoxicación?

De forma esquemática:

1. Liberar al organismo de la dependencia fisiológica asociada al consumo de la sustancia.
2. Disminuir o eliminar el dolor y el malestar.
3. Proporcionar un tratamiento seguro y humanizado para superar el obstáculo inicial para conseguir la abstinencia.
4. Proporcionar una situación que conduzca a un compromiso más amplio de tratamiento y hacer las derivaciones adecuadas.
5. Tratar los problemas médicos que puedan detectarse.
6. Empezar el proceso de educación del paciente en las cuestiones de salud, prevención de recaídas y explorar las cuestiones familiares, laborales y legales.

Y podemos justificar el realizarlas debido a que:

1. El miedo al «mono» es uno de los factores que más retrasa el acudir a un sistema terapéutico.

2. La desintoxicación, por sí misma, consigue abstinencias (más o menos largas, pero las logra).
3. La desintoxicación farmacológica contribuye a regular el equilibrio perdido del sistema opioide endógeno.
4. Una desintoxicación correcta aumenta la confianza en intervenciones posteriores y mejora la relación paciente-terapeuta.
5. Se encuentra dentro de los postulados bioéticos.

¿Dónde se deben realizar las desintoxicaciones?

El primer criterio es donde sea más eficaz y menos agresivo para la vida diaria del paciente. Tanto él como su familia son importantes a la hora de decidir la forma en que se realizará la desintoxicación y nuestra labor puede consistir en ayudar a pactar el modo de hacerlo y la forma de evaluar su eficacia, junto con los pasos posteriores.

Sólo el consumo de alcohol, cocaína y heroína pueden precisar ingreso en hospitales o en entornos cerrados en casos muy concretos.

Existen varias posibilidades, dependiendo de la sustancia y de la dosis de consumo, de la comorbilidad orgánica o mental y de la situación social. La desintoxicación se puede realizar:

- De forma ambulatoria: centro de salud, centro específico de drogodependencias, centro de salud mental.
- En pisos de apoyo a la desintoxicación: donde permanecen los días necesarios bajo la supervisión de personal adecuado y recibiendo tratamiento farmacológico desde el centro de referencia.
- Unidad de desintoxicación hospitalaria: en régimen hospitalario.
- Centros privados de eficacia variable y coste menos variable (alto siempre).
- Centros de carácter gratuito: Alcohólicos Anónimos, Reto, Remar y otros realizan desintoxicaciones muy eficaces que exigen el compromiso del paciente para mantener una posterior deshabituación.

¿Podemos realizar una desintoxicación en el centro de salud?

En principio, los síndromes de abstinencia que suponen un problema clínico específico son los de alcohol, heroína y cocaína. En cuanto al resto de sustancias, el tratamiento es genérico y principalmente de los componentes ansiosos del síndrome.

Conviene recordar que las benzodiazepinas son el tratamiento de elección, a corto plazo, para cualquier trastorno de ansiedad. A largo plazo, para tratamientos superiores a un mes, en cuadros que puedan superar esta duración, han demostrado mayor eficacia los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).

Ambas familias farmacológicas son de uso habitual en la consulta diaria de cualquier médico de familia y su manejo en este campo no se distingue del realizado en otras patologías.

Alcohol

En múltiples manuales se encuentran diferentes pautas de tratamiento (véase más adelante). Es importante señalar que debería abandonarse el uso de clometiazol debido a la mayor tolerancia que las benzodiazepinas y a que, en caso de sobredosis (intencionada o no), no se dispone de un antagonista específico. No es habitual que el paciente con dependencia alcohólica la «cambie» por una dependencia benzodiazepínica, pero hay que recordar que las características clínicas y biográficas de la dependencia del alcohol pueden suponer la necesidad de un tratamiento prolongado.

Heroína

La desintoxicación de opioides es un problema clínico de relativamente fácil solución. Es preciso manejar de la forma adecuada una combinación de agonistas opioides y ansiolíticos, ocasionalmente con fármacos coadyuvantes (analgésicos, relajantes musculares). De todas formas, es conveniente adquirir formación al respecto, que suele ser de fácil acceso y que exige poco tiempo. Para ello, lo ideal sería participar en talleres específicos que no exigen mucho más de tres a cuatro horas.

Cocaína

La desintoxicación de cocaína, necesaria en los casos de diagnóstico de dependencia (por lo general, en consumos diarios y por vía inyectada o fumada), y dadas las características, casi dramáticas, del intenso deseo de la sustancia y la ansiedad asociada, se convierte en un problema de más difícil manejo. Conviene tener la formación adecuada pero, como en el caso anterior, es relativamente fácil adquirirla.

Y después... ¿qué?

Tras una desintoxicación, el paciente inicia el proceso de deshabitación en el cual es fundamental la participación de personal no siempre disponible en los centros de salud: trabajo social, salud mental, educador social. Por ello es importante una correcta relación con los recursos disponibles para asegurar un buen seguimiento.

En algunos casos concretos, como puede ser el de pacientes sin patologías asociadas, con correcto funcionamiento laboral y sociofamiliar y buen apoyo familiar, puede realizarse el seguimiento desde el centro de salud, aun cuando siempre es recomendable una consulta psicológica para descartar factores de riesgo y guiarnos en la prevención de recaídas. En los casos en que esté indicado un mantenimiento con naltrexona, éste puede realizarse perfectamente desde la consulta de Atención Primaria (AP).

¿Qué se puede hacer para disminuir el riesgo de contagio de virus de las hepatitis C y B y virus de la inmunodeficiencia humana en el consumo inyectado?

La prevención de la transmisión de enfermedades virales forma parte de las actividades de reducción de daños. Todo profesional sanitario debería intervenir en esta línea, tanto en consultas de oportunidad (atendiendo, p. ej., un absceso) como en otras concertadas.

Existen programas de reducción del daño con intercambio de jeringuillas que se realizan en distintas localizaciones (poblaciones, unidades móviles, centros específicos de drogodependientes, farmacias, etc.). Como alternativa al uso de una jeringuilla nueva, estéril, el mejor método sería hervir el material utilizado, pero si no se tiene la posibilidad o se teme dañar los utensilios, se puede recomendar lavarlos con agua fría y jabón con lejía (el agua caliente puede causar coágulos que dificultan su eliminación).

Por supuesto, indicar y administrar efectivamente la vacuna del virus de la hepatitis B (VHB) es labor fundamental de AP. En usuarios de drogas por vía parenteral está indicada, siempre, la vacunación antigripal y antineumocócica.

La persistencia del consumo a pesar de las complicaciones que origina es una característica clave de los trastornos adictivos (véase «Abuso de sustancias»).

En la tabla 2 se relacionan las diferentes dependencias con las áreas de complicación fundamentales. Como puede observarse, es muy diferente la dependencia de la heroína de la de nicotina (ésta se caracteriza, casi exclusivamente, por las complicaciones físicas, sin trastornos comportamentales o de las relaciones interpersonales).

Tabla 2. Complicaciones y dependencia*

	Estado médico general	Situación laboral y financiera	Consumo de alcohol	Consumo de otras drogas	Problemas legales	Familia y relaciones sociales	Estado psicológico
Alcohol	+++	+		+	+	+++	+++
Alucinógenos			+	+		+	++
Benzodiazepinas	+		+	+		+	++
<i>Cannabis</i>	+	+	+	+		++	+
Cocaína	++	++	++	+	+	++	++
Éxtasis y drogas de diseño			+	+		++	+
Inhalantes	++	+		+		++	++
Nicotina	++		+				+
Opioides	+++	++	++	++	++	+++	+++

*La tabla describe la situación más típica según la experiencia del autor. Muchas veces descubrimos la dependencia porque la presencia de determinadas complicaciones nos ha llevado a sospecharla. Esta situación es muy frecuente en AP.

COORDINACIÓN CON OTROS PROFESIONALES

¿Por qué hay tantos recursos en drogas?

A finales de la década de 1970 empezaron a aparecer un número importante de personas **heroínómanas**, con una grave **sintomatología clínica, psicológica y social**. En ese momento se empezó a producir un cierto «despegue» del compromiso médico en la asistencia de estas personas, compromiso que acabaron asumiendo otros profesionales que se responsabilizaron de esa asistencia.

En 1985 se puso en marcha el Plan Nacional sobre Drogas y a partir de entonces también se iniciaron diferentes planes regionales, que crearon una **red asistencial específica** para atender a los drogodependientes, red que se desarrolló (en la gran mayoría de los casos) completamente al margen de las redes normalizadas de salud. Se pusieron en marcha los **Programas Libres de Drogas (PLD)**, que buscaban como único objetivo terapéutico la **abstinencia** en el consumo de drogas.

Al margen del desarrollo de la red de drogas, en los diferentes niveles asistenciales del Sistema Nacional de Salud (SNS) hubo un rechazo hacia este tipo de pacientes, a los que rápidamente se les etiquetó de «problemáticos», en relación con factores como:

- Elevada frecuencia de contactos en las urgencias hospitalarias por sobredosis de heroína.
- Creciente demanda de fármacos como las benzodiazepinas en las consultas de los centros de salud.
- El rechazo de las unidades de salud mental para abordar esta patología.
- La falta de formación en drogodependencias de los diferentes profesionales de salud.

La escasez de resultados de los PLD y la experiencia de ciertos países de nuestro entorno europeo trajeron como consecuencia la puesta en marcha de programas de menor grado de exigencia: los **Programas de Reducción del Daño**, cuyo objetivo inmediato no era la abstinencia de la droga, sino mejorar el estado de salud de los drogodependientes. Se pusieron en marcha los programas con sustitutivos opiáceos, Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) y Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ), que habían demostrado reducir los problemas relacionados (enfermedades infecciosas y delincuencia).

De igual forma, las administraciones locales (ayuntamientos) empezaron a desarrollar sus propios centros de atención específicos, que reciben diferentes denominaciones según el área geográfica.

Cada vez fue más frecuente la creación de otro tipo de recursos sociosanitarios que pretendían dar respuesta a esta importante problemática, y así diferentes organizaciones no gubernamentales, asociaciones de ex consumidores, organizaciones religiosas y distintos organismos privados ampliaron la oferta de recursos: pisos de acogida, granjas de rehabilitación, comunidades terapéuticas, etc.

No fue hasta principios de la década de 1990 cuando, al hilo del agravamiento de los problemas sanitarios que afectaban a la población de consumidores, con la intención de desarrollar estrategias médicas de acción, se formalizó un compromiso en el Consejo Interterritorial del SNS, que debiera haber supuesto una mayor y más directa implicación en la asistencia de los problemas de drogas. Este compromiso todavía no ha alcanzado siquiera el nivel de desarrollo que se previó para hace más de una década.

La situación todavía se complica más debido a las políticas seguidas por la mayoría de las consejerías de sanidad de las distintas comunidades autónomas, que contratan y/o subvencionan para la prestación específica de estos servicios en materia de drogas en sus dispositivos específicos a diferentes empresas u organizaciones no gubernamentales (ONG) mediante contratos por períodos limitados mediante concursos públicos, lo que dificulta enormemente la continuidad en los cuidados y de los propios profesionales.

¿Cuáles son las necesidades sociales en relación con las drogas?

El perfil del consumidor de drogas en el momento actual dista mucho del descrito en el apartado anterior. El consumo de las diferentes drogas, legales o ilegales, está profundamente ligado al estilo de vida de la sociedad actual. El consumismo extremo, la inmediatez de resultados, la intolerancia a la frustración y la búsqueda de placer son «valores» predominantes que hacen que **ciertas drogas se hayan convertido en un bien de consumo más**. Los consumos asociados al ocio, la mayor tolerancia social a las drogas, la gran accesibilidad a éstas, ya sean legales o ilegales, y el fracaso de los programas preventivos hacen que las prevalencias de los diferentes consumos aumenten en todas las edades y que estén apareciendo otro tipo de demandas: efectos a largo plazo de consumos mantenidos, el policonsumo de diferentes drogas, la patología dual, etc. Así, las demandas relacionadas con las drogas han cambiado mucho en los últimos años, tanto en los servicios de urgencias como en los propios centros de salud, en las unidades de salud mental, y también en los dispositivos de la red específica de drogas.

La sociedad espera una respuesta normalizada de los problemas de salud derivados de los consumos de drogas, por lo que es fundamental un abordaje integral e integrado de éstos.

No obstante, conviene recalcar que la mortalidad directa debida al consumo de drogas, los episodios de urgencia y las admisiones a tratamiento han disminuido de forma muy marcada en los últimos años.

¿Son necesarios todos los recursos existentes para dar respuesta a los problemas relacionados con el consumo de drogas?

Independientemente del número de recursos existentes, y hasta que se pueda hablar de una integración completa de todos los recursos y profesionales que trabajan en ellos, es imprescindible una **mayor coordinación**, independientemente de la administración de la que dependan. Sólo así se podrá dar una respuesta a una necesidad creciente y cambiante y ser de verdad eficientes.

¿Qué deben hacer los profesionales de Atención Primaria al respecto?

En prevención:

En Atención Primaria es imprescindible la **colaboración con los diferentes agentes sociales** en nuestra zona de actuación. No son las actividades en la comunidad las que más caracterizan nuestra labor diaria, pero es en un área de este tipo donde más eficaces podríamos ser, colaborando desde nuestros conocimientos con aquellas instituciones, ayuntamientos, asociaciones vecinales, etc., no sólo a demanda de éstas, sino promoviendo actividades que se puedan encuadrar en este terreno.

Específicamente en lo que se refiere a población escolar, la participación, junto con los pediatras, en actividades específicas en los colegios en coordinación con los propios docentes. Hay que recordar que la eficacia de simples «charlas» a grupos de alumnos es mínima.

Es previsible que a lo largo del año 2007 se pongan en marcha una serie de programas específicos (ARGOS) de prevención en la escuela con participación de los profesionales de Atención Primaria.

¿Cómo intervenir?

La tendencia en los últimos años es dotar de mayor homogeneidad al sistema de atención, pero aún asistimos a situaciones completamente diferentes, no ya entre distintas comunidades autónomas, sino dentro de éstas e incluso en diferentes municipios de la misma provincia, por ello sólo podemos dar desde aquí orientaciones muy genéricas.

En aquellas zonas, pocas, donde la atención se centra en los recursos de salud mental, los problemas relacionados con drogas deberían tratarse con el mismo nivel de coordinación que el resto de patologías, teniendo en cuenta que en muchas ocasiones el paciente presentará problemas orgánicos (tradicionalmente tratados en medicina interna) junto con los de drogas (tratados en salud mental) y será en nuestra

consulta donde se puedan integrar ambas situaciones en una persona, que es lo que resulta ser cualquier paciente.

En un gran número de zonas la atención se realiza por parte de diferentes dispositivos de la red de drogodependencias, de características, dotaciones y titularidades variopintas (p. ej., municipales, ONG, Cruz Roja, etc.). En casi todos los casos lo que ha demostrado eficacia es la relación personal entre miembros de uno y otro equipo, por lo general aprovechando la atención que puedan realizar a nuestros pacientes. Existen muchos niveles de colaboración que no siempre necesitan ser protocolizados al inicio, pero que hay que tratar de organizar de la forma más estable posible, por lo general partiendo de una oferta nuestra de colaboración. Un ejemplo es la dispensación de metadona en los centros de salud, que se realiza con buenos resultados desde hace años.

Existen experiencias puntuales en las que se llevan a cabo tratamientos farmacológicos de desintoxicación de opioides. Otra actividad para la que podemos estar capacitados es el control de los tratamientos de mantenimiento con naltrexona.

La colaboración sincera y la comunicación frecuente minimizará los problemas, como las demandas inadecuadas de fármacos y de asistencia urgente.

¿Y... cuidar?

En los casos en que no se pueden realizar tratamientos orientados a la abstinencia, es fundamental la participación en actividades que minimicen los riesgos para la salud de nuestros pacientes, en colaboración tanto con las unidades específicas como con otros servicios especializados. La captación activa para los programas de vacunación (hepatitis B, gripe, neumococo, tétanos), control de la tuberculosis, colaboración en adherencia al tratamiento en pacientes psiquiátricos y con el virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida), etc.

¿Y allá donde la medicina no llega?

Es decir, casi siempre. Es preciso conocer y establecer algún nivel de relación con todos los recursos de nuestro entorno que puedan resultar de ayuda para nuestros usuarios:

- **Trabajadores sociales.** Aparte de colaborar en los aspectos socioeconómicos que afecten a los pacientes y sus familias, tienen una función fundamental para evaluar las condiciones familiares, tanto en lo que pueden influir en el problema de drogas como en lo que resultan afectadas por la aparición de una patología de este tipo.
- **Psicólogos.** En muchos casos, los pacientes con problemas de drogas precisan de apoyo psicológico y/o psicoterapia. La coordinación entre estos profesionales y el médico de Atención Primaria es fundamental.
- **ONG.** Pueden ser una inestimable ayuda en múltiples niveles. Recursos terapéuticos no institucionales, como Alcohólicos Anónimos, Proyecto Hombre, etc., pueden suponer un elemento fundamental para la evolución de nuestros usuarios. Otras ONG realizan apoyo a las familias, actividades educativas, grupos de autoayuda, apoyo legal, etc.

SELECCIÓN DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

Desde la creación del Plan Nacional sobre Drogas, en 1985, han sido múltiples las iniciativas encaminadas a la prevención del consumo de drogas en los jóvenes. La suma de las experiencias acumuladas en nuestro país, junto con los programas internacionales con mejores evaluaciones, han permitido que la década de 1990 haya sido un período prolífico en la creación de programas de prevención adaptados a nuestro entorno. La mayoría de ellos adaptados para su implantación en el medio escolar, aunque sin olvidar los dirigidos al ámbito comunitario.

¿Qué programas preventivos en relación a las drogas se han implantado en los últimos años?

Es importante insistir en la importancia que pueden tener las intervenciones de prevención realizadas desde la Atención Primaria, sin olvidar la necesidad de integrarlas y coordinarlas con los programas que se desarrollan en el entorno comunitario. A continuación presentamos una selección de los programas de prevención implantados en España, información que se ha seleccionado de la *Guía práctica para una prevención eficaz*, cuya autora es Alicia Acero, editada por ADES y por el Plan Nacional sobre Drogas.

«En la huerta con mis amigos»

Es un método para contribuir a la maduración psicoafectiva, a la adquisición de hábitos de salud y al inicio del trabajo preventivo en edades muy tempranas. Es una adaptación de un programa canadiense. Se aplica en varias comunidades autónomas (CCAA).

Se dirige a niños de 3 a 11 años.

Consiste en la lectura y realización de actividades complementarias de 18 cuentos con situaciones parecidas a las que viven los niños pero protagonizadas por hortalizas.

«Prevenir en colección»

Es un programa que, mediante la implicación de la familia, la escuela y los recursos comunitarios, pretende fomentar la adquisición de actitudes, valores y hábitos de vida saludables en la población infantil. Impulsado por la Agencia Antidroga de Madrid.

Se dirige a niños de 6 a 11 años.

Se aplica mediante sesiones formativas a profesores, padres y entidades comunitarias y directamente con los alumnos. Se apoya en materiales muy conocidos, como un álbum de 41 cromos denominado «Cosas de la Vida de Esperanza y Felipe» y el CD-ROM «Esta casa es un enigma», así como de una guía de aplicación del programa.

«La aventura de la vida»

Es un programa de prevención que opta por la educación para la salud como estrategia más válida para trabajar con el alumnado y la comunidad educativa en su conjunto. Elaborado por la asociación EDEX, ha alcanzado una gran expansión en España y se aplica con gran aceptación en numerosos países de América Latina.

Se dirige a escolares de 8 a 11 años.

Incluye 36 historias agrupadas en cuatro áreas: autoestima, habilidades para la vida, drogas y hábitos saludables. Las historias están plasmadas en álbumes de cromos, de los que existe uno diferente para cada curso (tercero, cuarto, quinto y sexto de educación primaria).

«Prevenir para vivir»

Conjunto de actividades dirigidas a sistematizar la prevención en el contexto escolar. Estas actividades son compatibles con las propias de las diversas áreas de conocimiento, insertándose en el currículo escolar. El programa, creado e impulsado por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) tiene una importante extensión en varias CCAA (Valencia, Andalucía, Madrid, etc.).

Se dirige a niños y adolescentes de 3 a 15 años.

Con un enfoque eminentemente práctico, la estrategia que sigue se orienta a facilitar la incorporación de programas de prevención en los centros escolares mediante información, formación, ayuda al profesorado y coparticipación de los padres. Consta de una guía por cada curso escolar, cuadernillo para el alumno y material para el centro escolar (manuales, vídeos, fichas, etc.).

«El valor de un cuento»

Igual que en el caso anterior, se basa en la literatura como vehículo para la transmisión de actitudes y valores culturales. El profesor escoge, entre los cuentos seleccionados, aquellos más adecuados en función de las necesidades, características de los alumnos y de los valores formativos que se desea trabajar. Promovido por la FAD.

Se dirige a niños y adolescentes de 6 a 14 años, estructurándose en cuatro bloques: primer ciclo de primaria (6-8 años); segundo ciclo de primaria (8-10 años); tercer ciclo de primaria (10-12 años) y primer ciclo de secundaria obligatoria (12-14 años). Cada uno de los bloques consta de cuatro libros de lectura acompañados de sus guías didácticas.

«Tú y la música»

Se pretende que la música sea el vehículo para la formación de valores y actitudes y para la formación integral del individuo en última instancia. Desarrolla contenidos variados que entran en el marco de los programas oficiales. También promovido por la FAD.

Dirigido a niños de 6 a 11 años.

Consta de una guía de actividades con propuestas didácticas que se refieren a temas que aparecen en el vídeo «Tú y la música». Éste busca hacer pensar a los alumnos cómo la música influye en la vida cotidiana y ofrece posibilidades de ocio. Los conciertos constituyen la culminación del programa.

«La experiencia de educar para la salud en la escuela: PPCDE»

El programa trata de aplicar en el aula una serie de contenidos curriculares que tienen como finalidad dotar a la comunidad educativa de instrumentos de trabajo para su afrontamiento racional del consumo de drogas. Se utiliza básicamente en el territorio de la Comunidad Autónoma de Galicia y ha sido impulsado por el Plan de Galicia sobre Drogas.

Se dirige a una población amplia, desde niños de 6 años hasta jóvenes de 18 años.

Su aplicación consta de 11 sesiones de media por curso y está precedida de una fase de formación al profesorado de 25 horas. El material didáctico está compuesto por una guía del profesor, cuadernos del alumno y vídeo.

«Discover»

Partiendo del principio de que en el consumo de drogas intervienen actitudes individuales, potenciadoras de estilos de vida que pueden ser de bajo o alto riesgo, el programa plantea la reducción de dichos riesgos. Es un programa muy completo pero, a la vez, muy complejo, que actualmente distribuye la asociación EDEX.

Consta de ocho niveles, cada uno de ellos destinado a un grupo de edad de entre los 3 y los 16 años. Se basa en la toma de decisiones responsables y se estructura en tres grandes bloques de contenidos: a) desarrollo de la autoestima, b) información sobre drogas y c) habilidades para tomar decisiones y construir relaciones. Cada nivel consta de una guía para el profesor, un libro del alumno y fichas para la familia.

«Y tú, ¿qué piensas?»

El programa consiste básicamente en motivar a profesores y alumnos para el debate en las aulas sobre una serie de temas estrechamente vinculados a la vida de los adolescentes y jóvenes. Promovido por la FAD. Se dirige a jóvenes de 16 a 18 años.

La actividad se basa en el trabajo con seis documentos informativos sobre ciertos temas clave: vida en grupo, tiempo libre, publicidad y moda, jóvenes y adultos, relaciones personales y los jóvenes y el mundo. El profesor dispone también de una guía didáctica que le ayuda y orienta sobre el uso de los materiales y la dinamización de los grupos.

«Comunidad, escuela de salud»

Programa destinado a la promoción de alternativas saludables en población infantil. Se realiza en colaboración con los ayuntamientos de Castilla-La Mancha y se basa en una metodología comunitaria centrada en el aprovechamiento de los recursos existentes.

Se dirige a adolescentes de 10 a 15 años.

Se organizan actividades muy variadas relacionadas con las áreas de cultura, naturaleza y deporte.

«Alcazul»

Es un programa canalizado mediante actividades de tiempo libre y se destina a facilitar el empleo saludable del ocio y a reducir la influencia de ciertos factores de riesgo (búsqueda de sensaciones, actitudes antisociales, presión del grupo de iguales, etc.). Está impulsado por el Plan Autonómico sobre Drogas de Castilla-La Mancha, donde goza de una notable implantación en colaboración con numerosos ayuntamientos y posee una metodología comunitaria.

Se dirige a adolescentes y jóvenes de 12 a 18 años.

Se organizan una serie de actividades estructuradas en subprogramas (coordinación, motivación, aventura, deporte, naturaleza, medios de comunicación, etc.).

«Construyendo salud»

Se trata de la adaptación española de uno de los programas mejor evaluados en el campo de la prevención de las drogodependencias: el programa de «Entrenamiento en habilidades de vida», de G. Botvin. Está adaptado a la realidad española por la Universidad de Santiago de Compostela. Ha sido impulsado en el marco del Convenio de colaboración de los ministerios de Educación, Sanidad e Interior para promover la educación para la salud en la escuela.

Se dirige a niños y adolescente de 11 a 15 años.

Consta de 13 unidades diseñadas para ser aplicadas en 17 sesiones de clase de 50 minutos.

Aborda información sobre el tabaco, el alcohol y otras sustancias, así como habilidades y recursos personales que protegen frente al consumo de drogas.

«Entre todos»

Adaptación y ampliación del programa Construyendo salud.

Creación de un espacio para las familias. Dotación al programa de una estrategia de supervisión.

Ampliación de las materias que soportan las unidades didácticas añadiendo una materia de valores.

Consta de 17 unidades didácticas agrupadas en nueve materias, diseñadas para ser aplicadas a lo largo de 21 sesiones de tutoría de 50 minutos. Curso de formación de profesorado de 20 horas de duración. Programa familiar, con actividades para realizar en casa y sesiones en el centro escolar.

«THC. Què fer?»

Programa de prevención del consumo de cannabis para trabajar con adolescentes. Su objetivo general es disminuir el consumo de cannabis o retrasar su inicio. Entre sus objetivos específicos se encuentran: favorecer el desarrollo y el mantenimiento de actitudes favorables a la salud; la abstinencia de drogas en general y del cannabis en particular; fomentar actitudes y comportamientos favorables hacia los no consumidores de drogas; evitar o retrasar el inicio de consumo de cannabis.

Se estructura en dos unidades didácticas que se desarrollan en un total de cuatro sesiones. La primera se orienta a información sobre el cannabis y a trabajar las creencias erróneas más frecuentes. La segunda aborda la toma de decisiones, las habilidades sociales, la comunicación y la asertividad.

El programa consta de un manual para el educador que incluye un CD-ROM, con materiales de trabajo para cada sesión para el alumno.

«Déjame que te cuente algo sobre... los porros»

La intención de este programa es aportar argumentos, que ayuden a los jóvenes a construir un sistema de creencias basado en informaciones objetivas y comprobadas científicamente.

En definitiva, se trata de contribuir a romper la ya demostrada asociación: contenidos de un discurso que sólo destaca las bondades del consumo –baja percepción de riesgo/mayores índices de consumo.

El programa se desarrolla en cinco sesiones de 1,5 horas de duración.

Se plantean diversos objetivos y contenidos para abordar los temas más relevantes relacionados con el consumo y la cultura positiva del cannabis.

- Guía didáctica para el educador.
- Material informativo para los jóvenes.

«ESO sin humo»

Es un programa educativo elaborado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía que persigue prevenir y retrasar la edad de inicio en el consumo de tabaco de los escolares de los centros docentes andaluces. Consiste en realizar en el aula una serie de actividades educativas en prevención del consumo de tabaco, que pueden desarrollarse a lo largo del curso escolar.

El programa está dirigido a los alumnos de 1.º y 2.º de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) de los centros educativos andaluces.

Objetivos: informar al alumnado sobre las consecuencias del consumo de tabaco; reflexionar sobre los intereses económicos y comerciales que giran alrededor de la industria tabaquera; aprender a ser críticos con la publicidad del tabaco; adquirir recursos y habilidades para resistir la presión del entorno y del grupo de iguales hacia el consumo del tabaco.

El responsable de desarrollar las actividades será una persona no fumadora o, de lo contrario, se comprometerá a no fumar a lo largo del desarrollo del programa.

«DINO»

Programa de educación preventiva sobre drogas para preadolescentes, cuya aplicación se sustenta en la divulgación y distribución de material didáctico, apoyo técnico, coordinación y seguimiento del proceso de trabajo del material.

Dirigido al alumnado del tercer ciclo de Primaria, que se enmarca en el ámbito de la educación para la promoción de estilos de vida saludables. Las sustancias en que se centra son el tabaco y el alcohol, ya que es en esta edad cuando comienzan los primeros contactos sociales que pueden iniciarle en su consumo.

Objetivos: fomentar la autoestima y las habilidades sociales (habilidades de comunicación asertiva, resolución de problemas y conflictos interpersonales); importancia de tener un cuerpo y una mente sanos; importancia de seguir las indicaciones médicas en cuanto al uso de los medicamentos, sus mecanismos de interacción con el organismo y sus posibles efectos secundarios; «sana desconfianza» en tomar sustancias extrañas al organismo (incluidos los medicamentos); factores sociales y personales que facilitan el consumo de tabaco, alcohol o de otras drogas (en edades próximas a la pubertad), así como explicaciones adecuadas a la edad y al nivel acerca de dichas sustancias y de sus repercusiones en el organismo; información más específica sobre las drogas (en la adolescencia), con explicaciones acerca de las dependencias física y psíquica que generan.

Su aplicación se lleva a cabo mediante la integración curricular; aprovechando los objetivos, contenidos, metodología y recursos de las distintas áreas, para lograr sus objetivos específicos y contribuir a la consecución de los objetivos generales de la etapa. El trabajo se realiza por parte del profesorado en las propias clases.

Programa de toma de decisiones y solución de problemas «Hércules»

Es un programa evaluado de prevención del consumo de drogas en el ámbito extra-escolar basado en el entrenamiento en la toma de decisiones y en la solución de problemas como factor de protección frente a conductas de riesgo.

El programa consta de 12 sesiones de trabajo práctico de duración variable, en las que se van entrenando cada uno de los pasos del proceso de toma de decisiones y que finalizan en una sesión de cierre que constituye una síntesis de todo lo aprendido en las anteriores.

El carácter lúdico constituye uno de sus principales atractivos, por ello se toma como punto de partida una interesante historia, como es la de Hércules y los 12 trabajos que tiene que resolver. Así, se persigue dotar a los participantes de estrategias que les eviten actuar de modo impulsivo y puedan tomar decisiones de un modo sistemático, racional y reflexivo. Se trata, en definitiva, de que aprendan a identificar y definir los problemas con los que se encuentran, a considerar las alternativas que hay para resolverlos, a sopesar las consecuencias de cada una de ellas y a diseñar un plan de acción.

Programa de aprendizaje y desarrollo del autocontrol emocional «Ulises»

Es un programa evaluado de prevención del consumo de drogas en el ámbito extra-escolar basado en el desarrollo del autocontrol como factor de protección frente a conductas de riesgo.

El programa consta de 10 sesiones más una sesión de cierre, de trabajo práctico, de duración variable, en las que mediante una metodología dinámica, activa y amena los participantes adquieran los recursos que les permitan desarrollar un autocontrol emocional, reducir la ansiedad, lograr el éxito en el entorno social y resolver situaciones problemáticas sin necesidad de recurrir a alternativas no saludables.

Toma como referente la figura y vivencias de Ulises y sus hombres durante su largo viaje de regreso a casa tras la guerra de Troya, a través de atractivas viñetas, que constituye un referente ilustrador de la habilidad de manejo del autocontrol emocional.

«¡Órdago! El desafío de vivir sin drogas»

El programa se sustenta en una herramienta concreta y práctica (*pack* de cuadernillos) que permite implantar en el medio escolar y los ámbitos familiar y comunitario un proceso dirigido a modificar los factores asociados al consumo abusivo de drogas por parte de los jóvenes. Adaptado de un programa canadiense por la asociación EDEX, se aplica en diferentes CCAA de España pudiendo afirmarse que es el que posee una mayor cobertura de población escolarizada.

Se dirige a adolescentes de 12 a 15 años.

Contempla una sesión de cuatro horas con el profesorado y 20 sesiones con el alumnado, distribuidas a lo largo de los cuatro niveles de ESO: siete en primero, seis en segundo, cuatro en tercero y tres en cuarto. También incluye cuatro sesiones con padres y madres.

«Tú decides»

Es un programa evaluado de prevención escolar que trata de mejorar las habilidades del adolescente para la toma de decisiones basándose en un mejor conocimiento y manejo de las circunstancias en las que se da la oferta de drogas en conexión con otras problemáticas del adolescente. Uno de los programas de prevención pioneros y más clásicos en España, tiene su origen en el Consell Insular de Mallorca y ha tenido una gran implantación en las Baleares y Cataluña.

Se dirige a la población adolescente de 12 a 15 años.

Se trabaja en grupos y con la ayuda del profesor en cuatro historietas de cómic en las que se representan diversas situaciones habituales en la vida social del adolescente manejando contenidos informativos, mitos sobre las drogas y presión del grupo. La duración del programa es de siete horas e incluye una sesión con padres y madres.

«Cine y educación en valores»

Plantea la utilización del cine como herramienta de prevención. Aplicado por diferentes organizaciones sociales entre las que se encuentra la propia FAD.

Se dirige a adolescentes y jóvenes de 12 a 18 años.

Se presenta la película, se enfatizan aquellos valores y actitudes más relevantes y, con posterioridad a la proyección, estos aspectos se trabajan en el aula.

«Barbacana»

Tiene como objetivo favorecer las condiciones necesarias hacia el «no consumo», y ha sido impulsado por la Universidad de Alicante.

Se dirige a adolescentes entre 12 y 15 años.

El programa está estructurado en ocho sesiones de una duración aproximada de una hora y una periodicidad semanal dentro del horario de clase. Consta de un material muy variado: cuadernillo del director de las sesiones, cuadernillo del alumno, cuadernillo para la familia, vídeo (con 16 escenas, dos por sesión), cuestionario de evaluación y libro sobre información de sustancias.

«Los valores en la literatura»

Utiliza la literatura como recurso educativo para la adquisición de valores y habilidades personales. Impulsado por el Plan Autonómico sobre Drogas de Murcia, tiene su mayor implantación en esta comunidad autónoma. Mediante la implicación de los profesores de literatura, ética y/o tutorías de ESO, se trabaja con los alumnos mediante la lectura de obras literarias que ponen de manifiesto factores de riesgo propios de la adolescencia y situaciones conflictivas que permiten trascender el ámbito de la ficción, promoviendo la crítica reflexiva y la toma de postura del lector.

Se dirige a adolescentes de 12 a 15 años.

El manual para tutores consta de nueve cuadernos independientes que recogen materiales educativos y guías didácticas. Existen tres tipos de actividades: de acercamiento al libro, durante la lectura y para después de la lectura.

«Límite 0»

Trabaja la influencia del alcohol sobre la conducción y los riesgos que se pueden derivar de esta práctica. Realmente consiste en un paquete de materiales que se ha de incorporar dentro de una unidad didáctica para que no se ciña exclusivamente a un juego. Impulsado por el Ayuntamiento de Barcelona.

Se dirige a adolescentes de 12 a 15 años.

Plantea siete actividades para llevar a cabo en el aula para desarrollar en siete u ocho sesiones de una a una hora y media de duración. El elemento central es un CD-ROM que se denomina «Límite 0» y que incluye un programa informático interactivo que simula la conducción de un vehículo bajo los efectos de distintos niveles de alcoholemia. También contempla entre sus materiales una guía didáctica, vídeos de actualidad sobre la relación de los consumos de alcohol y los accidentes de tráfico y un cuadernillo con hojas de ejercicios y cuestionarios de evaluación para cada alumno.

«Dos ideas para ayudar a nuestros hijos». Ayuntamiento de León

Trata de informar y sensibilizar a los padres de alumnos de los centros educativos de la ciudad en dos ideas básicas: la necesidad de asistir a las escuelas de familias para estar mejor preparados para llevar a cabo la educación de los hijos y la necesidad de recibir formación específica sobre prevención de drogodependencias. Se han confeccionado «estuches» que contienen un vídeo informativo sobre escuelas de familias y prevención de drogodependencias, cuaderno informativo, hoja de evaluación y carta de presentación a las familias. Los profesores son los encargados de distribuirlos a las familias. Finalmente, se evalúa el resultado de la intervención.

«Formación de mediadores sociales». Ayuntamiento de Cáceres

Ante las dificultades para mantener un discurso educativo riguroso y una metodología homogénea frente a la prevención, se plantea articular todos los recursos de la ciudad, fomentar la conexión y la comunicación entre ellos y avanzar en la construcción de un discurso social alternativo. Se incluyen acciones centradas en los jóvenes (promoción de alternativas de ocio y tiempo libre), en el ámbito familiar (formando a los padres como agentes preventivos comunitarios) y en los profesores de primaria de los centros escolares de la ciudad.

«Programa de intervención con menores». Ayuntamiento de Madrid

Sin duda, uno de los programas más amplios y consolidados de intervención con menores en nuestro país (comenzó en 1992). Trata de detectar precozmente a los menores que se inician en el consumo de drogas, interviniendo en situaciones de riesgo y ofertando un tratamiento integral a los menores drogodependientes y a sus familias.

Se basa en cuatro estrategias básicas:

- Coordinación con entidades y recursos de la zona.
- Intervención con menores en situación de riesgo siguiendo un estilo «de búsqueda».
- Orientación y asesoramiento a familias y otros mediadores.
- Tratamientos de los menores en los centros de atención a las drogodependencias de la red municipal.

«Entrenamiento en habilidades sociales, estrategias de afrontamiento y solución de problemas». Ayuntamiento de Granada

El programa plantea prevenir conductas problemáticas y de consumo abusivo de drogas en menores que están en situación de alto riesgo, producir cambios en sus actitudes, conocimientos y valores y desarrollar actitudes favorables hacia estilos de vida saludables mediante el aprendizaje de habilidades o competencias personales. La estrategia básica son cursos de habilidades, técnicas de afrontamiento y resolución de problemas, de 8 a 10 sesiones, en período tanto escolar como extraescolar.

«Prevención de conductas infractoras y promoción de la convivencia en menores». Ayuntamiento de la Línea de la Concepción

Los objetivos son prevenir la comisión de conductas infractoras en menores y promover hábitos y actitudes que mejoren la convivencia. Se trabaja en habilidades sociales, estrategias de autocontrol, autoconocimiento y de resolución de conflictos. Esta intervención se realiza tanto con el menor como con la familia, mediante entrevistas individuales y grupales, y ofreciendo a los menores alternativas ocupacionales, lúdicas y deportivas.

ANEXOS

FICHAS DE SUSTANCIAS

ALCOHOL

1. Generalidades

- a) *Principio activo*: alcohol etílico, etanol.
- b) *Mecanismo de acción*: alteración de membranas neuronales, interacción sobre receptores gammaaminobutirato (GABA) y N-metil-D-aspartato (NMDA).
- c) *Duración de los efectos*: 1-4 horas.
- d) *Detección*: la detección de alcohol suele realizarse en aire espirado (etilómetro) o en sangre (alcoholemia). La alcoholuria persiste hasta 24 horas tras la ingesta.
- e) *Criterios analíticos*: aumento del volumen corpuscular medio (VCM), elevación de la gammaglutamil transpeptidasa (GGT) y otras enzimas hepáticas (GOT, transaminasa glutámicooxalacética [AST, antiestreptomicina] más que GPT, transaminasa glutamicopirúvica [ALT, alanino aminotransferasa]) y de la transferina desialilada.
- f) *Interacciones*: algunos fármacos de uso habitual (fenobarbital, fenitoína, anti-diabéticos orales, cimetidina) ven afectado su metabolismo de forma clínicamente significativa con el consumo simultáneo de alcohol. Otros fármacos (cefalosporinas, metronidazol, ketoconazol).

2. Formas y vías de administración

La vía de administración más habitual es la oral. Una unidad de bebida estándar (UBE) es la cantidad de alcohol (= 10 g) que contiene un vaso de vino (100 ml), una caña (200 ml) o media copa de whisky (25 ml).

$$\text{Gramos de alcohol} = \text{volumen (dl)} \times \text{graduación (ml/100)} \times 0,79$$

3. Efectos

- a) *Buscados*: euforia moderada, desinhibición, relajación, hilaridad.
- b) *Adversos*:
 - **Agudos**: alteraciones psicomotoras y del comportamiento, gastritis, náuseas, vómitos, cefalea, paranoia o celotipia alcohólica, trastornos del sueño, trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad.
 - **Crónicos**: esteatosis, hepatopatía alcohólica, cirrosis hepática, pancreatitis aguda y crónica, esofagitis, miocardiopatía, úlcera gástrica, disfunción eréctil, encefalopatía de Wernicke, síndrome de Korsakoff, mielinoses central pontina, enfermedad de Marchifava-Bignami, esclerosis laminar de Morel, seudoparálisis general alcohólica.

4. Tolerancia y síndrome de abstinencia

El consumo habitual de alcohol lleva al desarrollo de tolerancia y dependencia. El cuestionario CAGE puede aplicarse de forma sencilla y rápida en Atención Primaria (AP) para valorar un posible síndrome de dependencia alcohólica. La confirmación del diagnóstico se puede obtener mediante cuestionarios de mayor especificidad como el MALT, si bien hay que tener en cuenta que el tiempo necesario para aplicar el cuestionario es mayor. El síndrome de abstinencia alcohólico puede tener una intensidad variable, de pasar desapercibido a constituir una amenaza para la vida del paciente. A las 24-48 horas después del cese de la ingesta alcohólica pueden aparecer insomnio, ansiedad, náuseas, vómitos, sudoración, alucinaciones y crisis epilépticas. En un pequeño porcentaje de pacientes pueden aparecer de forma tardía formas más graves caracterizadas por la presencia de alteración de la consciencia y delirium, habitualmente acompañado de un mayor grado de hiperactividad neurovegetativa (delirium tremens).

5. Alternativas terapéuticas

- a) *Intoxicación aguda:* en general, el tratamiento consiste en observar al paciente hasta que recupere la sobriedad, valorando las posibles lesiones asociadas y prestando atención a las complicaciones que puedan aparecer. Los pacientes alcohólicos crónicos deben recibir tiamina, ácido fólico y complejos polivitamínicos. Un traumatismo craneal con una puntuación en la escala de Glasgow < 15 , cualquier mínimo deterioro mental o la falta de mejoría pasadas tres horas son indicación de tomografía computarizada (TC) inmediata. Si no hay signos clínicos de deshidratación, no es necesario utilizar la vía venosa o fluidoterapia. El lavado gástrico y la administración de carbón activado no son útiles. La intoxicación etílica grave requiere soporte vital avanzado (SVA), estudio analítico (riesgo de cetoacidosis alcohólica) y consulta con el intensivista.
- b) *Desintoxicación:* las benzodiazepinas son los fármacos más eficaces para manejar los síntomas de abstinencia en la desintoxicación del paciente alcohólico. Su potencial de adicción y efectos adversos hacen que deban utilizarse durante un período de tiempo limitado. Aunque el clometiazol se ha empleado con frecuencia en los síndromes de abstinencia leves, tiene un perfil de seguridad menor que el de las benzodiazepinas y los riesgos al interactuar con el alcohol son mayores. La desintoxicación alcohólica puede precipitar una encefalopatía de Wernicke, que debe ser tratada de forma urgente con tiamina parenteral, pero no existe evidencia de que los suplementos vitamínicos por vía oral o intramuscular durante la desintoxicación reduzcan este riesgo.
- c) *Deshabitación:* tras la desintoxicación, son fundamentales el seguimiento del paciente alcohólico y la instauración de un programa para evitar recaídas. Durante la fase de deshabitación es posible utilizar apoyo farmacológico. El acamprosato actúa modulando el sistema del glutamato, que se cree que tiene una importancia en los cambios neurobiológicos asociados a la dependencia alcohólica. La naltrexona reduce el consumo de alcohol y aumenta las tasas

de abstinencia mediante una disminución del refuerzo positivo de los efectos placenteros del alcohol. El disulfiram se emplea como un interdictor y aversivo. Estos tres fármacos han demostrado eficacia y efectividad en la prevención de recaídas en el alcoholismo.

6. Cuestionarios y tablas

Tabla 1. Criterios del PAPPS para la detección de consumo de riesgo

Ingesta diaria	Ingesta semanal
Varones 40 g (4 unidades*)	280 g (28 unidades*)
Mujeres 24 g (2,4 unidades*)	168 g (17 unidades*)

PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud.
*1 unidad = 10 g de alcohol puro.

Tabla 2. Test AUDIT

- ¿Con qué frecuencia toma alguna bebida que contenga alcohol?
 - Nunca
 - 1 o menos veces al mes
 - 2 o 4 veces al mes
 - 2 o 3 veces a la semana
 - 4 o más veces a la semana
- ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día típico en el que ha bebido?
 - 1 o 2
 - 3 o 4
 - 5 o 6
 - 7 a 9
 - 10 o más
- ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?
 - Nunca
 - Menos de 1 vez al mes
 - Mensualmente
 - Semanalmente
 - A diario o casi a diario
- ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?
 - Nunca
 - Menos de 1 vez al mes
 - Mensualmente
 - Semanalmente
 - A diario o casi a diario

Tabla 2. Test AUDIT (Continuación)

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?
- (0) Nunca
 - (1) Menos de 1 vez al mes
 - (2) Mensualmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) A diario o casi a diario
-
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?
- (0) Nunca
 - (1) Menos de 1 vez al mes
 - (2) Mensualmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) A diario o casi a diario
-
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?
- (0) Nunca
 - (1) Menos de 1 vez al mes
 - (2) Mensualmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) A diario o casi a diario
-
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?
- (0) Nunca
 - (1) Menos de 1 vez al mes
 - (2) Mensualmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) A diario o casi a diario
-
9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?
- (0) No
 - (2) Sí, pero no en el curso del último año
 - (4) Sí, en el último año
-
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?
- (0) No
 - (2) Sí, pero no en el curso del último año
 - (4) Sí, en el último año

Puntuación: se suman los resultados de cada respuesta que están entre paréntesis delante de la misma.

Versión original: Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*. 1993;88:791-804.

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test.

Tabla 3. Encuesta semiestructurada sobre consumo de alcohol

Bebida	Preguntas básicas	Preguntas complementarias	Cantidad
Vino	1. ¿Toma vino en las comidas?	¿Alrededor de 1/2 litro?
	2. ¿Toma algún vino fuera de las comidas?	¿Cuánto le dura la botella?
Cerveza	3. ¿Toma cervezas a diario?	¿Bebe cerveza el fin de semana?
Copas	4. ¿Toma alguna copa?	¿Coñac, anís, whisky...?
	5. ¿Algún carajillo?	¿Sol y sombra, revuelto...?
Combinados	6. ¿Algún cubalibre?	Otros combinados: ¿ron, whisky, calimocho...?
Otros	7. ¿Toma alguna vez sidra, vermut, jerez?	
Total de unidades por semana		

Tomado de Córdoba R.

Tabla 4. Propuesta PAPPS

	Sí	No
1. ¿Piensa usted que come demasiados dulces?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Le han ofrecido alguna vez un «porro» o una dosis de cocaína?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Le ha molestado alguna vez que la gente criticara su forma de beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se ha planteado en alguna ocasión hacer algo de ejercicio semanalmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Considera usted que duerme las horas necesarias para estar a tono durante el día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Se ha planteado seriamente en alguna ocasión dejar de fumar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Le han comentado en alguna ocasión que debería fumar menos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios y librarse de una resaca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Se ha planteado en alguna ocasión cambiar su costumbre de consumir pastillas para dormir por técnicas de relajación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud.

NOTA: Las preguntas 3, 6, 9 y 11 configuran el test de CAGE. Una respuesta afirmativa a dos o más de estas cuatro preguntas indica la posible dependencia de alcohol.

Fuente: Córdoba R, Delgado MT, Pico MV, Altisent R, Forés D. Estudio de intervención breve en el consumo excesivo de alcohol (EIBAL).

BENZODIAZEPINAS

1. Generalidades

- a) *Principio activo*: 1,4-benzodiazepinas (p. ej., diazepam).
1,5-benzodiazepinas (p. ej., clobazam).
Benzodiazepinas tricíclicas (p. ej., triazolam).
- b) *Mecanismo de acción*: estimulación indirecta de los receptores gammaamino-butírico (GABA)/benzodiazepínicos.
- c) *Duración de efectos (véase la tabla)*: variable. Existen benzodiazepinas de vida media corta (midazolam), intermedia (lorazepam) y larga (flurazepam).
- d) *Detección en orina y otros*: detectable en orina mediante los reactivos utilizados habitualmente. El tiempo de detección está relacionado con la vida media de cada sustancia.
- e) *Interacciones*: el uso simultáneo de depresores del sistema nervioso central (incluido el alcohol y los opiáceos) incrementa el riesgo de intoxicación de forma notable.

2. Formas y vías de administración

Las benzodiazepinas suelen administrarse en contexto terapéutico por vía oral, sublingual o intravenosa. Fuera de este contexto, la vía de administración más habitual es la oral, aunque son posibles otras (intravenosa, intranasal, etc.). En ambientes marginales estas sustancias son conocidas por su nombre comercial (*trankis, rohipnoles, etc.*) o *pastillas* (no confundir con MDMA/éxtasis).

3. Efectos

- a) *Buscados*: todas las benzodiazepinas comparten efectos ansiolíticos, miorrelajantes, anticonvulsivos e hipnóticos. Fuera de contexto terapéutico el efecto buscado es el ansiolítico/desinhibidor.
- b) *Adversos*:
 - Agudos: sedación, somnolencia, ataxia, disartria, incoordinación, diplopía, vértigo. Amnesia en fase de consolidación.
 - La intoxicación aguda por benzodiazepinas cursa como un cuadro de disminución del nivel de conciencia que puede llegar al coma profundo. Las benzodiazepinas son fármacos considerablemente seguros, pero en asociación con otras sustancias el riesgo de parada cardiorrespiratoria es elevado.

4. Tolerancia y síndrome de abstinencia

Las benzodiazepinas inducen tolerancia con rapidez. La supresión brusca después del uso habitual puede dar lugar a la aparición de un síndrome de abstinencia (irri-

tabilidad, agresividad, convulsiones, etc.). Puede producir dependencia. El grado de dependencia y la gravedad del síndrome de abstinencia está en relación con la cantidad total consumida y la semivida de la sustancia (las benzodiazepinas de semivida corta producen dependencia con mayor rapidez).

5. Alternativas terapéuticas

- Intoxicación aguda/sobredosis:* medidas generales según la gravedad del cuadro de disminución de la conciencia. El flumazenil es el antídoto específico para la intoxicación por benzodiazepinas. Su uso debe restringirse a pacientes con sedación profunda, depresión respiratoria o coma.
- Desintoxicación/deshabitación:* la sustitución de benzodiazepinas de semivida corta por otras de semivida larga y la reducción progresiva de la dosis es la base del tratamiento farmacológico. La deshabitación está centrada en un abordaje de tipo psicoterapéutico.

6. Cuestionarios y tablas

Tabla 1. Clasificación de las benzodiazepinas según su semivida

Acción ultracorta/rápida	(< 6 h)
Bentazepam	25 mg/8 h
Brotizolam	0,25-0,5 mg/día
Midazolam	7,5-15 mg/día
Triazolam	0,125-0,25 mg/día
Acción corta/intermedia	(6-24 h)
Alprazolam	0,25-0,5 mg/8 h
Bromazepam	1,5-6 mg/8 h
Flunitrazepam	0,5-1 mg/día
Ketazolam	15-60 mg/día
Loprazolam	1 mg/día
Lorazepam	2-6 mg/día o 1-2 mg/8-12 h
Lormetazepam	1-2 mg/día
Oxazepam	15-30 mg/día o 10-30 mg/6-8 h
Temazepam	7,5-30 mg/día
Acción larga	(> 24 h):
Clobazam	20-30 mg/día o 10-15 mg/12 h
Clonazepam	0,5 mg/8 h
Clorazepato	15-30 mg/día o 5-15 mg/12 h
Clordiazepóxido	5-25 mg/6-8 h
Diazepam	5-10 mg/día o 2-10 mg/12 h
Flurazepam	15-30 mg/día
Halazepam	20-40 mg/8-24 h
Medazepam	30 mg/24 h
Nitrazepam	5-10 mg/día
Prazepam	20-60 mg/día
Quazepam	7,5-15 mg/día

Tabla 2. Test de predicción de dependencia a benzodiazepinas

Benzodiazepina	3
Dosis elevadas*	2
Duración > 3 meses	2
Personalidad dependiente**	2
Semivida corta (< 8 h)	2
Tolerancia, aumento dosis	2

* Dosis superiores a la dosis media.

** O historia de dependencia a drogas o alcohol.

Resultados:

0: no dependencia, retirada brusca posible.

1-4: cierto riesgo de dependencia, retirada gradual, mínimo 2 semanas.

5-8: elevado riesgo de dependencia, retirada gradual entre 4 y 12 semanas.

8-13: dependencia presente. Programa de retirada individualizado.

Tomada de Peter Tyrer (*ABC of Sleep Disorders*).

Tabla 3. Dosis orales equivalentes de benzodiazepinas

Diazepam	5 mg
Alprazolam	0,5 mg
Bromazepam	3-6 mg
Clobazam	10 mg
Clorazepato	7,5 mg
Flunitrazepam	0,5-1 mg
Flurazepam	15 mg
Halazepam	10 mg
Ketazolam	7,5 mg
Loprazolam	0,5-1 mg
Lorazepam	0,5-1 mg
Lormetazepam	0,5-1 mg
Midazolam	7,5 mg
Nitrazepam	5 mg
Oxacepam	15 mg
Quazepam	10 mg
Triazolam	0,5 mg

CANNABIS

1. Generalidades

- a) *Principio activo*: cannabinoides: delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), cannabidiol (CBD), cannabinol (CBN), cannabicitrol (CBL), cannabigerol (CBG), cannabitrinol (CBT), etc.
- b) *Mecanismo de acción*: interacción con receptores del sistema cannabinoide endógeno (CB1 y CB2), distribuidos en el sistema nervioso central, retina, testículo y sistema inmunológico.
- c) *Duración de efectos*: en función de la vía de administración:
 - Fumada: inicio rápido, duración 2-4 horas.
 - Oral: inicio 1-2 horas, duración 6-8 horas con metabolismo errático.
- d) *Detección en orina y otros*: sí. En consumos ocasionales, hasta siete días, en consumidores habituales, hasta 28 días.

2. Formas y vías de administración

- a) Extracto de *resina sólida* (*hachís, costo, hash, chocolate*).
- b) Mezcla de *unidades florales secas y trituradas* (*marihuana, hierba, grass*).
- c) *Aceite* o tintura alcohólica (poco frecuente).

3. Efectos

- a) *Buscados*: euforia, relajación, modificación de los patrones habituales de pensamiento. Incremento en la percepción visual, auditiva y autopercepción. Incremento del apetito.
- b) *Adversos*
 - Taquicardia, ansiedad, mareo, hipotensión ortostática, pensamientos obsesivos, hiperemia conjuntival.
 - Alteraciones en la memoria a corto plazo durante períodos de uso, patología respiratoria frecuente. Factor de riesgo para enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), neoplasias, etc., en relación con combustión. Puede desencadenar cuadros psiquiátricos en personas con predisposición.

4. Tolerancia y síndrome de abstinencia

Desarrollo de tolerancia con rapidez. No está admitido el síndrome de abstinencia de forma universal (las características farmacológicas de la sustancia y su elevada liposolubilidad dan lugar a un metabolismo lento).

5. Alternativas terapéuticas

a) *Intoxicación aguda/sobredosis*: la intoxicación aguda por cannabis no reviste, en general, gravedad. Son comunes los cuadros de hipotensión ortostática que se tratan de forma sintomática. Las crisis de ansiedad también son frecuentes, y responden a medidas de apoyo psicológico o benzodiazepinas.

La aparición de un cuadro de psicosis tóxica aguda requiere el ingreso del paciente y seguimiento en atención especializada. Si el episodio no revierte en unos días, puede tratarse de un primer brote psicótico en personalidades pre-dispuestas.

COCAÍNA

1. Generalidades

- a) *Principio activo: esterbenzoil de metilecgonina*, principal alcaloide del arbusto *erythroxylon coca*.
- b) *Mecanismo de acción*: estimulante del sistema nervioso central (SNC). Inhibe la recaptación de noradrenalina, dopamina y serotonina. La semivida plasmática es de 40-90 minutos. Tópicamente, actúa como vasoconstrictor y anestésico local.
- c) *Duración de los efectos*: en función a la vía de administración:
 - *Fumada e inyectada*: inicio, 5-10 segundos; duración, 5-20 minutos.
 - *Esnifada*: inicio, 3-5 minutos; duración 10-40 minutos.
- d) *Detección en orina y otros*: 48-72 horas tras la exposición. Metabolito benzoilecgonina. (Puede prolongarse si se trata de un consumo muy intenso.)
- e) *Interacciones*:
 - *Alcohol*: metabolito cocaetileno, aumenta su toxicidad.

2. Vías y formas de administración. Jerga

- a) *Sulfato de cocaína (pasta de coca) basuco* (poco usada en Europa): es producto de la maceración de la hoja de coca. Se consume fumada.
- b) *Clorhidrato de cocaína*: polvo blanco, fino y cristalino que se conoce como *coca, nieve, camerusa, dama blanca, talco, perico, farla o farlopa*. La forma más común de administración es esnifada (inhalada por la nariz). Menos frecuente es su disolución en agua para la administración intravenosa (mezclada con heroína se conoce como *speedball*). Como adulterante se utilizan manitol, lactosa, maicena, talco, procaína, lidocaína y anfetaminas.
- c) *Cristales de cocaína (base libre)*: la más adictógena. Para producir un producto apto para fumar hay que transformar el clorhidrato de cocaína en su forma base neutralizando su forma ácida con bicarbonato o amoníaco. En forma de piedras blancas o amarillas, se conoce como *crack, base, roca*. La vía de administración es fumada (inhalada en pipa o con un *tururo*).

3. Efectos

- a) *Buscados*: euforia, excitabilidad (pudiendo llegar a la irritabilidad), hiperactividad, locuacidad, sociabilidad, elevación de la autoestima y aumento del deseo sexual. Insomnio y pérdida de apetito.

b) *Adversos:*■ *Agudos:*

- Signos generales: excitación, locuacidad, sudoración, midriasis, temblor, hipertermia, tensión muscular.
- Cardiovasculares: taquicardia, hipertensión arterial (HTA), arritmia, infarto agudo de miocardio (IAM). En casos más graves, edema agudo de pulmón (EAP) y muerte.
- Respiratorios: taquipnea, neumomediastino, neumotórax.
- Neurológicos: cefalea, insomnio, discinesias o distonías. En casos más graves, accidente cerebrovascular agudo (ACVA), convulsión, coma y muerte.
- Psiquiátricos: hipervigilancia, suspicacia, ideación paranoide (síntomatología autorreferencial principalmente), alucinaciones (auditivas, olfativas o táctiles) y crisis de pánico.
- Gastrointestinales: pérdida de apetito, náuseas, vómitos e hiperperistalsis. En casos más graves, isquemia intestinal.
- Renales: fallo renal agudo.
- Musculares: mialgias, rabdomiólisis.
- Obstétricos: placenta previa, malformaciones, aborto.

■ *Crónicos:*

- Psiquiátricos: depresión, amotivación, irritabilidad, trastorno ciclotímico, déficit de atención, apatía sexual, síndrome psicótico.
- Neurológicos: estudios recientes demuestran atrofia cerebral y deterioro cognitivo (memoria y cálculo, principalmente).
- Asociados a la vía de administración: rinitis, sinusitis y atrofia del tabique nasal (esnifada). Problemas respiratorios (fumada). Úlceras, equimosis y patología infecciosa como virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus de la hepatitis C (VHC) y virus de la hepatitis B (VHB) (parenteral).

4. Tolerancia y síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia se caracteriza por presentar un intenso deseo de consumo (*craving*) con una primera fase de letargia, irritabilidad y trastorno del sueño que dura de uno a tres días, seguida de cansancio y depresión, que se puede prolongar hasta 10 días. (En casos graves se prolonga en el tiempo y puede aparecer ideación autolítica.)

5. Alternativas terapéuticasa) *Intoxicación aguda/sobredosis:*

- Benzodiazepinas en caso de convulsión.
- Neurolépticos si presenta agresividad o sintomatología psicótica.
- Betabloqueantes o vasodilatadores para complicaciones cardiovasculares (control de la presión arterial [PA] y electrocardiograma [ECG]).

b) *Desintoxicación:*

- Benzodiazepinas como tratamiento sintomático para disminuir la ansiedad.

- c) *Deshabitación en caso de dependencia*: como apoyo farmacológico a la psicoterapia:
- Eutimizantes (topiramato, oxcarbamazepina, lamotrigina): disminuyen el efecto reforzador de la cocaína y el *craving* ante señales relacionadas con el consumo. Disminuyen la impulsividad.
 - Antidepresivos: en caso de depresión asociada.
 - Disulfiram: si el consumo de cocaína se asocia a la ingesta de alcohol.
 - Neurolépticos atípicos (risperidona, tioridazina, levopromazina y olanzapina): si hay psicosis residual, agresividad asociada (hacia uno mismo o hacia los otros) o ideación autolítica.
 - Vacuna anticocaína: en estudio.

ÉXTASIS

1. Generalidades

- a) *Principio activo*: 3,4-metilendioxitmetanfetamina (MDMA).
- b) *Mecanismo de acción*: facilitación de la liberación de serotonina en las neuronas presinápticas e inhibición de la recaptación en las neuronas postsinápticas. Incrementa la cantidad de serotonina libre en la hendidura sináptica.
- c) *Duración de los efectos*: 4-6 horas
- d) *Detección en orina y otros*: sí. Resultado positivo en orina hasta 3-4 días después del consumo.
- e) *Interacciones*: farmacocinética en combinación con inhibidores de la proteasa (ritonavir) o inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). Se conocen casos de intoxicación mortal al combinar MDMA con estos fármacos.

2. Formas y vías de administración. Jerga

La sustancia puede presentarse en comprimidos (*pastillas, pastis, tostis, rulas, pirulas, pirus, mimosines*) o cristalizada (*cristal, M*). La vía de administración más frecuente es la oral, aunque es posible el uso intranasal (poco habitual). La dosis habitual activa oscila entre 40-150 mg.

3. Efectos

- a) *Buscados*: empatía, incremento de la energía y sensualidad, bienestar, confianza y seguridad en uno mismo, incremento en la percepción visual y auditiva.
- b) *Adversos*:
 - *Agudos*: es frecuente la aparición de náuseas, mareo, nistagmo, trismo, bruxismo, xerostomía o taquicardia. Los episodios de distimia (24-48 horas de duración a los 2-3 días del consumo) son también comunes. Los cuadros de hipertermia, hepatotoxicidad, hiponatremia, psicosis o accidentes cerebrovasculares son muy poco frecuentes pero graves.
 - *Crónicos*: se ha relacionado el uso habitual de grandes cantidades de MDMA durante largos períodos con la aparición de déficit neurocognitivos, en particular alteraciones en la memoria.

4. Tolerancia y síndrome de abstinencia

Produce **tolerancia** con rapidez. Produce fenómeno de **tolerancia crónica** (es necesario administrar dosis crecientes para alcanzar los mismos efectos, pero este efecto no revierte con la abstinencia). Las primeras experiencias suelen vivirse de forma

especialmente intensa, pero en posteriores ocasiones es difícil alcanzar este efecto (*fenómeno de «pérdida de la magia»*).

5. Alternativas terapéuticas

a) *Intoxicación aguda/sobredosis*: los cuadros leves precisan de monitorización, observación y tratamiento sintomático de las posibles complicaciones (ansiedad, taquicardia, agitación psicomotriz, etc.). La aparición de fiebre puede apuntar a un cuadro de hipertermia que precisa de tratamiento en la unidad de cuidados intensivos.

GHB

1. Generalidades

- a) *Principio activo*: gammahidroxibutirato de sodio (GHB) (oxibato sódico).
- b) *Mecanismo de acción*: interacción con los receptores del ácido gammaamino-butírico (GABA).
- c) *Duración de los efectos*: 1-2 horas.
- d) *Detección en orina y otros*: no se detecta en orina mediante los reactivos utilizados habitualmente.
- e) *Interacciones*: el uso simultáneo de depresores del sistema nervioso central (SNC) (alcohol) incrementa el riesgo y la gravedad de intoxicación de forma notable.

2. Formas y vías de administración

El GHB puede encontrarse en polvo o, con mayor frecuencia, como líquido incoloro, transparente y de sabor ligeramente salado. La forma de uso más habitual es bebido, de forma directa o disuelto en copa o refresco. Es conocido como *potes*, *biberones* o *éxtasis líquido*. La dosis recreativa oscila entre 1 y 2 g. Pequeños incrementos en la dosis producen efectos muy importantes.

3. Efectos

- a) *Buscados*: desinhibición y euforia, incremento de la sensualidad.
- b) *Adversos*:
 - *Agudos*: es frecuente la aparición de náuseas, vómitos o cefalea.

La *intoxicación aguda* por GHB cursa como un cuadro de disminución del nivel de conciencia que puede llegar al coma profundo con depresión respiratoria (sobre todo si se combina con alcohol). Las intoxicaciones por GHB son frecuentes ya que es imposible conocer la cantidad de sustancia que contiene un envase y la adulteración es sencilla, con agua u otros líquidos.

4. Tolerancia y síndrome de abstinencia

Induce tolerancia con rapidez. La supresión brusca después del uso habitual puede dar lugar a la aparición de síndrome de abstinencia (convulsiones, alucinaciones visuales, fiebre, etc.) que puede llegar a ser mortal. Puede producir dependencia.

5. Alternativas terapéuticas

- a) *Intoxicación aguda/sobredosis*: el cuadro de disminución de la conciencia revierte de forma rápida y espontánea al cabo de pocas horas. En la mayoría de

los casos es suficiente con monitorizar y observar al paciente. Si la puntuación en la escala de Glasgow es inferior a 7, aparece desaturación o abolición de reflejo faríngeo y puede estar indicada la intubación orotraqueal.

- b) *Desintoxicación/deshabitación*: las benzodiazepinas de semivida larga son el tratamiento médico de elección durante la desintoxicación. La deshabitación está centrada en un abordaje de tipo psicoterapéutico.

HEROÍNA

1. Generalidades

- a) *Principio activo: 3.6-diacetilmorfina.* Opiáceo semisintético derivado de la morfina extraída de la bellota de la amapola, también conocida como adormidera asiática (*Papaver somniferum*).
- b) *Mecanismo de acción: depresor del sistema nervioso central (SNC),* actúa como agonista puro del sistema endógeno opioide (receptores μ [μ] de mayor efecto analgésico, δ [δ] y κ [κ]). La semivida plasmática es de 40 minutos.
- c) *Duración de los efectos:* inicio 5-10 segundos, duración 4-6 horas.
- d) *Detección en orina y otros:* 24-96 horas (también detecta morfina o codeína).

2. Vías y formas de administración

Conocida como *caballo, jaco, burro, potro, H, reina, dama blanca*. Tiene forma de polvo blanco o marrón, y se suele consumir fumada (heroína marrón: «hacerse un chino»), y endovenosa (heroína blanca: mezclada con cocaína, se conoce como *speedball*). También se consume por vía oral, esnifada, subcutánea e intramuscular.

Como adulterante se utiliza cafeína, paracetamol, piracetam, salicilatos, meta-cualona, lidocaína.

3. Efectos

- a) *Buscados:* intenso efecto de placer, bienestar y gratificación («flash») de escasos segundos que se continúa de euforia, analgesia, relajación y ausencia de sensaciones displacenteras. Una vez generada dependencia, el efecto buscado es evitar el síndrome de abstinencia.
- b) *Adversos:*
 - *Agudos*
 - Signos generales: miosis puntiforme (en caso de sobredosis, midriasis por anoxia). Lenguaje farfullante, apatía, disforia, bradicardia, hipotensión.
 - Neurológicos: inhibición o agitación psicomotriz, dificultad en la atención o memoria, somnolencia, y en caso de sobredosis, coma por parada respiratoria y muerte.
 - Respiratorios: inhibición de la tos, bradipnea, depresión respiratoria.
 - Gastrointestinales: pérdida de apetito, náuseas, vómitos, estreñimiento.
 - Obstétricos: bajo peso, síndrome de dependencia neonatal, aborto.
 - Asociados con la administración parenteral: úlceras, equimosis, endocarditis.

La sobredosis accidental puede deberse a que se trate de heroína de extrema pureza, a la interacción con otras drogas depresoras del SNC (benzodiazepinas, alcohol) y a la pérdida de tolerancia tras un período de abstinencia.

■ **Crónicos:**

- Psiquiátricos: trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, alteraciones del sueño y disfunciones sexuales.
- Asociados con la vía de administración: problemas respiratorios (fumada), patología infecciosa como consecuencia de compartir material de inyección: virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus de la hepatitis C (VHC) y virus de la hepatitis B (VHB) (parenteral).

4. Tolerancia y síndrome de abstinencia

Su consumo habitual genera tolerancia con rapidez, lo que significa que el usuario tiene que tomar una mayor cantidad de heroína para obtener la misma intensidad del efecto. Esto producirá un estado de adaptación neurobiológica que se conoce como dependencia.

El síndrome de abstinencia, muy temido por los adictos, no reviste gravedad salvo en neonatos y en casos de importante deterioro orgánico previo. Tiene una duración aproximada de 5-8 días y un pico máximo el tercer y cuarto días. Fisiopatológicamente, se traduce en hiperactividad adrenérgica. Se caracteriza por una fuerte ansiedad por consumir, acompañada de una primera fase de lagrimeo o rinoorrea, sudoración, bostezos y debilidad, seguida de escalofríos, piloerección, midriasis, agitación psicomotriz, algias y calambres musculares que culmina con febrícula, diarrea, insomnio, náuseas o vómitos, taquipnea, taquicardia y aumento de la presión arterial.

La abstinencia a opiáceos, por su efecto antipsicótico, puede poner de manifiesto patología psiquiátrica comórbida (brote psicótico en esquizofrenia).

5. Alternativas terapéuticas

a) *Intoxicación aguda/sobredosis:*

- Permeabilidad vía aérea. Traslado a la unidad de cuidados intensivos (UCI).
- *Naloxona*: como antagonista, desplaza la heroína de los receptores opioides y revierte de forma inmediata el coma y la depresión respiratoria.
- *Flumazenil (Anexate®)*: si no revierten los síntomas y se sospecha una intoxicación también por benzodiazepinas.

b) *Desintoxicación:*

- Dextropropoxifeno: opioide agonista parcial. Bien tolerado si se trata de un consumo inferior a 0,5 g/día, ya que tiene limitada su dosificación por riesgo de convulsión (máx. 1.200 mg/día).
- Buprenorfina: opioide agonista parcial. Semivida prolongada (una toma cada 2-3 días). Seguro por actuar como antagonista si se consume otro opiáceo, reduciendo el riesgo de sobredosis y eficaz al disminuir el *craving* y el síndrome

de abstinencia por opiáceos (SAO). Comercializado en España sólo para tratar el dolor.

- Metadona: opioide agonista puro sintético. Semivida más larga, lo que permite la administración en una sola toma al día. Especialmente indicado en consumos elevados.
- LAAM (levoalfaacetilmetadol): derivado de la metadona, con acción prolongada (una toma cada 2-3 días). Está en suspensión por alargamiento electrocardiográfico del QT.
- Agonistas alfa-2 adrenérgicos (clonidina): frenan la hiperactividad noradrenérgica del SAO. Por su efecto hipertensor, se limita su uso prácticamente al régimen hospitalario.
- Codeína: opioide agonista en desuso para este fin.
- Benzodiazepinas: como ansiolíticos.
- Hipnóticos: zolpidem, hidroxizina y trazodona.
- Analgésicos: ibuprofeno y/o paracetamol.
- Neurolépticos: tioridazina, levopromacina y olanzapina. Se utiliza como estabilizante y sedante mayor.
- Eutimizantes: topiramato o gabapentina. Especialmente útiles si existe codependencia a benzodiazepinas.

c) *Deshabitación en caso de dependencia:* como apoyo a la psicoterapia:

- Metadona: programas de mantenimiento que permiten la rehabilitación y reinserción laboral. En dosis adecuadas no afecta a la realización de tareas mentales ni físicas. Se puede prolongar el tratamiento durante años.
- Heroína: el tratamiento sustitutivo con heroína puede ser útil en enfermos seleccionados.
- Buprenorfina: no comercializado en España para este fin.
- Naltrexona: antagonista puro. Se realiza inducción 5-7 días tras la desintoxicación. El paciente puede tomar heroína, pero no sentirá su efecto. Puede haber riesgo de sobredosis si se consumen opiáceos de forma masiva. Se recomienda mantener el tratamiento durante un período mínimo de 6 meses.
- Antidepresivos: en caso de depresión asociada.

d) *Otros opiáceos:*

- Flumacenoilo, pentazocina, fentanilo, loperamida, dextrometorfano, meperidina, tramadol.

HONGOS ALUCINÓGENOS

1. Generalidades

- a) *Principio activo*: psilocina (4-OH-DMT, 4-hidroxi-dimetiltriptamina) y psilocibina (P-4-OH-DMT).
- b) *Mecanismo de acción*: agonista y antagonista de distintos subtipos de los receptores serotoninérgicos 5-HT₂. Mecanismo de acción no bien comprendido.
- c) *Duración de los efectos*: 4-8 horas.
- d) *Detección en orina y otros*: no detectable mediante los tests de orina habituales.

2. Formas y vías de administración

Los hongos psicocibios, pertenecientes a las familias *Psilocybe sp.* y *Strophoria sp.*, crecen de forma espontánea en la mayoría de los climas (setas, *monguis*). En algunos países europeos su venta es legal. Pueden encontrarse como setas frescas, secas o congeladas. Se consumen por vía oral o en infusión. También se toman otros hongos con efectos muscarínicos (*Amanita muscaria* y *panterina*).

3. Efectos

- a) *Buscados*: ilusiones y alucinaciones visuales y propioceptivas. Alteración en la percepción del tiempo y el espacio. Modificación del estado de consciencia.
- b) *Adversos*:
 - *Agudos*. «*Mal viaje*»: cuadro de intensas alucinaciones visuales y propioceptivas con contenido intensamente desagradable y terrorífico. Se han descrito casos aislados de hepatopatía con hipertransaminasemia e hiperbilirrubinemia asociados al consumo de hongos.
 - *Crónicos*: desencadenante de cuadros psiquiátricos (psicosis, trastornos depresivos y de ansiedad) en sujetos con predisposición previa.
 - Trastorno persistente de la percepción por alucinógenos (*flashbacks*). Consiste en la reexperimentación involuntaria de los efectos de la sustancia días o semanas después de haberla tomado. Es un trastorno grave, invalidante, con tendencia a la cronicidad, pero muy infrecuente.

4. Tolerancia y síndrome de abstinencia

Los hongos psicocibios inducen tolerancia farmacológica con extraordinaria rapidez, lo que prácticamente impide un consumo cotidiano. La intensidad de la experiencia hace que el patrón de consumo más frecuente sea el ocasional o esporádico. No existe síndrome de abstinencia ni produce dependencia.

5. Alternativas terapéuticas

- a) *Intoxicación aguda/sobredosis*: los episodios de «mal viaje» suelen responder bien a medidas de apoyo psicológico (recordar a la persona que se encuentra bajo los efectos pasajeros de una sustancia y que no se va a volver loco, orientarle en persona, espacio y tiempo, establecer contacto físico, etc.). Si existe ansiedad intensa, autoagresividad o heteroagresividad, pueden utilizarse benzodiazepinas o neurolépticos.
- b) *Trastorno persistente de la percepción por alucinógenos* (flashbacks). Se ha ensayado el uso de distintos fármacos (benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina [ISRS], anticonvulsivos, neurolépticos, etc.) con escasos resultados.

KETAMINA

1. Generalidades

- a) *Principio activo*: clorhidrato de ketamina.
- b) *Mecanismo de acción*: antagonista de receptores N-metil-D-aspartato (NMDA).
- c) *Duración de los efectos*: 1-2 horas.
- d) *Detección en orina y otros*: no se detecta en orina mediante los reactivos utilizados habitualmente.

2. Formas y vías de administración

En ambientes recreativos, la forma de administración más frecuente es la presentación en polvo para uso intranasal en pequeñas dosis (10-40 mg). También es posible el uso intramuscular o intravenoso. Es conocido como *K*, *Special K* o *Kit-Kat*.

3. Efectos

- a) *Buscados*: sensación de ingravidez, distorsiones sensoriales leves, estados disociativos.
- b) *Adversos*:
 - *Agudos*: es frecuente la aparición de náuseas, vómitos o cefalea.
La intoxicación aguda por ketamina cursa como un cuadro de disminución del nivel de conciencia acompañado de un estado disociativo profundo. En este estado son frecuentes los episodios alucinatorios del tipo experiencia cercana a la muerte (visión de túnel y luz, fusión con la eternidad, etc.), que están científicamente documentados.
 - *Crónicos*: se ha relacionado el uso habitual de ketamina con problemas de memoria y concentración, deterioro de habilidades lingüísticas y la aparición de trastorno persistente de la percepción por alucinógenos (TPPA o *flash-backs*).

4. Tolerancia y síndrome de abstinencia

Induce tolerancia con rapidez. Aunque no hay todavía muchos datos (se trata de una droga de escasa prevalencia de consumo en la población general), parece ser que puede inducir cuadros de dependencia psicológica intensa en algunas personas.

5. Alternativas terapéuticas

a) *Intoxicación aguda/sobredosis*: la ketamina no deprime el reflejo faríngeo y es considerado un anestésico muy seguro. En la mayoría de los casos, sólo es necesario observación y monitorización ya que el cuadro revierte al cabo de pocas horas.

La aparición de un cuadro de psicosis tóxica aguda requiere el ingreso del paciente y seguimiento en Atención Especializada. Si el episodio no revierte en unos días, puede tratarse de un primer brote psicótico en personalidades predispuestas.

b) *Desintoxicación/deshabitación*: fundamentalmente, abordaje de tipo psicoterapéutico.

LSD

1. Generalidades

- a) *Principio activo*: dietilamida de ácido N-lisérgico.
- b) *Mecanismo de acción*: agonista y antagonista de distintos subtipos de los receptores serotoninérgicos 5-HT₂. Mecanismo de acción no bien comprendido.
- c) *Duración del efecto*: 6-14 horas.
- d) *Detección en orina y otros*: se detecta en el test de orina hasta 2-3 días después de su consumo.

2. Formas y vías de administración

La LSD es el psicoactivo sintético de mayor potencia. Es activo en el rango de los microgramos. La dosis habitual oscila entre 50-150 µg. La forma de presentación más habitual consiste en pequeños papeles secantes que contienen disuelta la sustancia (*tripis, ácidos, ajos*), aunque ocasionalmente puede encontrarse en forma de micropuntos o gelatinas.

3. Efectos

- a) *Buscados*: ilusiones y alucinaciones visuales y propioceptivas. Alteración en la percepción del tiempo y el espacio. Modificación del estado de conciencia.
- b) *Adversos*:
 - *Agudos*. «Mal viaje»: cuadro de intensas alucinaciones visuales y propioceptivas de contenido intensamente desagradable y terrorífico.
 - *Crónicos*: desencadenante de cuadros psiquiátricos (psicosis, trastornos depresivos y de ansiedad) en sujetos con predisposición previa.

Trastorno persistente de la percepción por alucinógenos (*flashbacks*): consiste en la reexperimentación involuntaria de los efectos de la sustancia días o semanas después de haberla tomado. Es un trastorno grave, invalidante, con tendencia a la cronicidad, pero muy infrecuente.

4. Tolerancia y síndrome de abstinencia

La LSD induce tolerancia farmacológica con extraordinaria rapidez, por lo que es casi imposible un consumo cotidiano. La intensidad de la experiencia hace que el patrón de consumo más frecuente sea el ocasional o esporádico. No existe síndrome de abstinencia ni produce dependencia.

5. Alternativas terapéuticas

- a) *Intoxicación aguda/sobredosis*: los episodios de «mal viaje» suelen responder bien a medidas de apoyo psicológico (recordar a la persona que se encuentra bajo los efectos pasajeros de una sustancia y que no se va a volver loca, orientarle en persona, espacio y tiempo, establecer contacto físico, etc.). Si existe ansiedad intensa, autoagresividad o heteroagresividad, pueden utilizarse benzodiazepinas o neurolépticos.
- b) *Trastorno persistente de la percepción por alucinógenos* (flashbacks): se ha ensayado el uso de distintos fármacos (benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina [ISRS], anticonvulsivos, neurolépticos, etc.) con escasos resultados.

POPPERS

1. Generalidades

- a) *Principio activo*: nitrito de amilo, nitrito de isobutilo.
- b) *Mecanismo de acción*: vasodilatación y relajación del músculo liso a través de la liberación de radicales óxido nítrico (NO) y activación de la guanilatociclasa.
- c) *Duración de los efectos*: 1-2 minutos.
- d) *Detección en orina y otros*: no detectable mediante los tests de orina habituales.
- e) *Interacciones*: el uso simultáneo de fármacos para el tratamiento de la impotencia (sildenafil, tadalafilo, vardenafilo) puede producir cuadros de hipotensión grave y síncope.

2. Formas y vías de administración

La vía de administración más habitual es la inhalada.

3. Efectos

- a) *Buscados*: rubefacción, mareo. Intensificador del orgasmo y dilatador del músculo liso (se utiliza para facilitar la penetración anal).
- b) *Adversos*:
 - *Agudos*: rubefacción facial, cefalea, náuseas y vómitos, taquicardia con hipotensión ortostática.
 - *Crónicos*: se han descrito casos aislados de metahemoglobinemia y acidosis metabólica en consumidores muy intensivos.

4. Tolerancia y síndrome de abstinencia

Como todos los nitratos, induce tolerancia farmacológica con mucha rapidez. Los cuadros de abuso son infrecuentes, siendo el patrón de consumo más habitual el ocasional o esporádico.

5. Alternativas terapéuticas

Intoxicación aguda/sobredosis: el cuadro más frecuente es el de hipotensión ortostática con taquicardia refleja, que puede manejarse de forma sintomática.

SPEED

1. Generalidades

- a) *Principio activo*: clorhidrato o sulfato de metanfetamina.
- b) *Mecanismo de acción*: liberación e inhibición de la recaptación de dopamina y noradrenalina.
- c) *Duración de los efectos*: 6-8 horas.
- d) *Detección de orina y otros*: puede detectarse en orina hasta 3-4 días después del último consumo.

2. Formas y vías de administración

El patrón de consumo más habitual en Europa es el uso recreativo intranasal de pequeñas cantidades (5-20 mg) de polvo de metanfetamina (*speed, pichu*). En Estados Unidos y, más recientemente, en algunas zonas de Europa central, se está difundiendo el uso intensivo de base libre de metanfetamina (*meth, ice, cristal, cranck*) fumada o inyectada por vía intravenosa.

3. Efectos

- a) *Buscados*: euforia, estimulación, disminución del cansancio y sueño, energía.
- b) *Adversos*:
 - *Agudos*: son frecuentes y dependientes de la dosis la aparición de distonías mandibulares, diarrea, insomnio, ansiedad, taquicardia, etc. La intoxicación aguda puede cursar como una psicosis paranoide. También es posible (de forma infrecuente) la aparición de accidentes cardiovasculares o cerebrovasculares. La vía de administración fumada o intravenosa incrementa el riesgo de efectos adversos y tóxicos.
 - *Crónicos*: el uso crónico de metanfetamina puede dar lugar a alteraciones motoras relacionadas con toxicidad sobre el sistema dopaminérgico. Se han descrito cuadros de nefrotoxicidad y hepatotoxicidad.

4. Tolerancia y síndrome de abstinencia

Genera tolerancia farmacológica con rapidez. No está admitida la dependencia física, pero puede generar dependencia psicológica.

5. Alternativas terapéuticas

- a) *Intoxicación aguda/sobredosis*: tratamiento sintomático: benzodiazepinas en caso de convulsión o ansiedad, neurolépticos si hay agresividad o sintomatología psicótica, betabloqueantes o vasodilatadores para complicaciones cardiovasculares (control de la presión arterial [PA] y electrocardiograma [ECG]).
- b) *Desintoxicación y deshabitación*: fundamentalmente, abordaje psicoterapéutico, y farmacológico según sintomatología.

TABACO

1. Generalidades

- a) *Principio activo*: nicotina.
- b) *Mecanismo de acción*: interacción con receptores nicotínicos.
- c) *Duración de los efectos*: 3-60 minutos.
- d) *Detección en orina y otros*: la cotinina (1-metil-5-(3-piridinil)-2-pirrolidinina) es un metabolito de la nicotina. Aunque no es un marcador de uso habitual, su cuantificación se puede utilizar como indicador de consumo de tabaco y de abstinencia. La medición de monóxido de carbono en aire espirado se ha utilizado, además, como medio de refuerzo positivo a la hora de dejar de fumar, puesto que ya en los primeros días se produce una normalización de los valores obtenidos y esto ayuda a las personas que están intentando dejar de fumar.
- e) *Interacciones*: algunos fármacos de uso habitual (teofilina, heparina, haloperidol, risperidona, betabloqueantes, etc.) ven afectado su metabolismo de forma clínicamente significativa en personas fumadoras. La asociación de tabaquismo y anticoncepción oral aumenta el riesgo de infarto de miocardio o enfermedad tromboembólica en la mujer.

2. Formas y vías de administración

La más habitual es la fumada (cigarrillos, puros, pipa, etc.), menos frecuente es el uso intranasal (rapé) u oral. Algunas variedades de tabaco nativo de Centroamérica poseen propiedades alucinógenas, ausentes en el tabaco cultivado industrialmente en Europa.

3. Efectos

- a) *Buscados*: estimulación/depresión leve del sistema nervioso central. Efecto euforizante/ansiolítico.
- b) *Adversos*:
 - *Agudos*: incremento de la frecuencia cardiaca y de la presión arterial, tos, faringitis, cefalea.
 - *Crónicos*: cefalea, disnea, incremento de la susceptibilidad a infecciones respiratorias, aumento del riesgo cardiovascular, bronquitis crónica, enfisema pulmonar, neoplasias en pulmón, boca, laringe, vejiga, páncreas y esófago y mama en mujeres.

4. Tolerancia y síndrome de abstinencia

El consumo habitual de tabaco lleva al desarrollo de *tolerancia y dependencia*. La cesación brusca del consumo da lugar a la aparición de un síndrome de abstinencia característico (insomnio, irritabilidad, ansiedad, incremento del apetito, etc.). Algunos de estos síntomas pueden prolongarse durante varias semanas tras la cesación del hábito.

5. Alternativas terapéuticas

Desintoxicación/deshabitación: la terapia sustitutiva con nicotina (habitualmente en forma de chicles, aunque también disponible en parches o *spray* nasal) busca reducir los síntomas de abstinencia que se producen al dejar de fumar. En general, se utiliza en pacientes con puntuaciones altas en el test de Fagerström (dependencia alta a nicotina). El bupropión también ha demostrado eficacia a largo plazo en la deshabitación tabáquica. Es un antidepresivo inhibidor de la recaptación de la dopamina y noradrenalina. Se presenta en comprimidos de 150 mg. La posología recomendada es de 150 mg/24 h durante los primeros seis días seguido de 150 mg dos veces al día (con al menos ocho horas de separación). El rimonabant, antagonista selectivo de los receptores CB1 del sistema cannabinoide endógeno, es un fármaco de reciente comercialización indicado en la deshabitación tabáquica.

6. Cuestionarios y tablas**Tabla 1. Cuestionario para valorar la fase de cambio**

¿Fuma usted habitualmente?	
• Sí	
• No, lo ha dejado en los últimos 6 meses:	ACCIÓN
• No, lo ha dejado hace más de 6 meses:	MANTENIMIENTO
<i>Sólo en las personas que fuman</i>	
A) En el último año, ¿cuántas veces ha dejado de fumar al menos 24 horas?	
B) ¿Está pensando seriamente en dejar de fumar?	
• Sí, en los próximos 30 días:	
Si ha hecho al menos un intento, en el último año	PREPARACIÓN

Tabla 2. Test de Richmond para valorar la motivación para dejar de fumar

• ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente? (0, no; 1, sí)
• ¿Cuánto interés tiene usted en dejar de fumar? (Desde 0, nada en absoluto; hasta 3, mucho)
• ¿Intentará dejar de fumar completamente en las próximas 2 semanas? (Desde 0, definitivamente no; hasta 3, definitivamente sí)
• ¿Cree que dentro de 6 meses usted no fumará? (Desde 0, definitivamente no; hasta 3, definitivamente sí)

Adaptada de: Richmond, 1993.

Tabla 3. Test de Fagerström para la dependencia de la nicotina (1991)

Preguntas	Respuestas	Puntos
¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	• Hasta 5 minutos	3
	• Entre 6 y 30 minutos	2
	• Entre 31 y 60 minutos	1
	• Más de 60 minutos	0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde no está permitido como el cine o una biblioteca?	• Sí	1
	• No	0
¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	• El primero de la mañana	1
	• Cualquier otro	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	• 10 o menos	0
	• 11-20	1
	• 21-30	2
	• 31 o más	3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	• Sí	1
	• No	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	• Sí	1
	• No	0

La puntuación máxima de esta versión es 10; los fumadores que obtienen 8 o más puntos son los más dependientes, los de 4 a 7 tienen una dependencia moderada y, por debajo de 4, la dependencia es baja.

Tabla 4. Versión reducida del test de Fagerström para la valoración de la dependencia del tabaco

- ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?
 - Más de 30: 3 puntos
 - De 21 a 30: 2 puntos
 - De 11 a 20: 1 punto
 - 10 o menos: 0 puntos
- ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma el primer cigarrillo?
 - Menos de 5 minutos: 3 puntos
 - De 5 a 30 minutos: 2 puntos
 - De 31 a 60 minutos: 1 punto
 - Más de 60 minutos: 0 puntos

Σ 1 + 2:	Grado de DEPENDENCIA
5-6	Alta
3-4	Moderada
0-2	Baja

Se suma la puntuación de las dos preguntas, y de 5 a 6 corresponde a dependencia alta; de 3 a 4, a dependencia moderada, y de 0 a 2, a dependencia baja.

Tabla 5. Pasos básicos para ayudar a dejar de fumar

1. PREGUNTAR: identificar sistemáticamente todos los fumadores en cada visita
 - Incluir la valoración del consumo de tabaco como una más de las constantes vitales
 - Usar etiquetas recordatorias en la historia clínica de Atención Primaria de papel, y sistemas de alarma o recuerdo en los sistemas informatizados
2. ACONSEJAR a todos los pacientes que dejen de fumar. El consejo debe ser:
 - Claro: «Como su médico/enfermera, le aconsejo que deje de fumar y puedo ayudarle»
 - Fuerte: «Dejar de fumar es lo mejor que puede hacer por su salud actual y futura. Nosotros podemos ayudarle»
 - Personalizado: según la condición clínica, la historia del consumo de tabaco, la motivación/disponibilidad para el cambio, los antecedentes familiares, los intereses personales o los costes sociales y económicos
3. VALORAR LA DISPONIBILIDAD PARA HACER UN INTENTO DE DEJAR DE FUMAR y actuar según ésta:
 - Si el paciente es capaz de hacer un intento solo → Ayudar
 - Si el paciente quiere ayuda intensiva → Proporcionársela o derivarlo
 - Si claramente dice que no es capaz de dejar de fumar en este momento → Entrevista motivacional
 - Si es adolescente, embarazada o de una minoría étnica → Información adicional
4. AYUDAR al paciente a dejar de fumar:
 - Fijar una fecha. Ayudar al paciente a fijar una fecha en las cuatro semanas siguientes, reconociendo que nunca es el momento ideal
 - Buscar el apoyo del entorno social: familia, amigos, compañeros de trabajo
 - Prever las dificultades al dejar de fumar, sobre todo las primeras semanas, incluyendo los síntomas de abstinencia
 - Eliminar todos los productos relacionados con el tabaco del entorno habitual. Antes de dejar de fumar, evitar fumar en los sitios en que se pasa mucho tiempo (casa, trabajo, coche, etc.)
 - Dar consejos prácticos sobre cómo resolver problemas o entrenamiento de habilidades: proponer abstinencia total, aprovechar experiencias anteriores, evitar/afrentar las situaciones muy asociadas al consumo de tabaco, limitar/evitar el consumo de alcohol mientras se está dejando, buscar el apoyo/respeto de los otros fumadores de su entorno
 - Dar apoyo claro desde el centro de salud
 - Ayudar al paciente a obtener apoyo social fuera del centro de salud: en su entorno social
 - Recomendar ayudas farmacológicas (sustitutos de la nicotina o/y bupropión): explicar que aumentan la probabilidad de éxito y reducen los síntomas de abstinencia, especialmente en fumadores dependientes (los que fuman 15 cigarrillos o más cada día, los que fuman su primer cigarrillo en los primeros 30 minutos después de levantarse y los que han hecho intentos previos con recaídas en las primeras semanas)
 - Proporcionar material de autoayuda y ofrecerse a discutirlo con el paciente
5. FIJAR visitas de seguimiento:
 - Fijar una visita de seguimiento enseguida después de dejar de fumar, idealmente en la primera semana y otra visita durante el primer mes
 - En las visitas de seguimiento: felicitar; si ha consumido tabaco, revisar las circunstancias y lograr de nuevo el compromiso de dejarlo totalmente. Recordarle al paciente que una recaída debe ser usada como una experiencia de aprendizaje, identificar los problemas que se han tenido y anticipar los obstáculos futuros. Valorar el cumplimiento con la farmacoterapia, los efectos adversos y los cambios en las dosis. Considerar si se necesita un seguimiento más intensivo (véase el protocolo de visitas de ayuda) o una derivación

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Actualización 2005 PAPPs. Aten Primaria. 2005;36(Supl 2):131-40.
- Alonso Sanz C, Salvador Llivina T, et al. Prevención de la A a la Z. Glosario sobre prevención del abuso de drogas. Madrid: CEPS; 2004.
- Anónimo. Éxtasis: confesiones de un consumidor maduro. Madrid: Ed. Trama; 2003.
- Becoña Iglesias E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: DGPNSD; 2002.
- Bobes García J, Casas Brugué M, Gutiérrez Fraile M. Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Barcelona: Ars Médica; 2003.
- Borrell i Carrió F. Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: Semfyc; 2004.
- Burroughs W. Yonqui. Barcelona: Anagrama; 1999.
- Cabezas Peña MC. Evidencias de las intervenciones sobre los estilos de vida. C@P-semFYC. 2006. Disponible en: URL: <http://www.cap-semfyc.com/>.
- Calafat A, Juan M, Becoña E, et al. Salir de marcha y consumo de drogas. Madrid: DGPNSD; 2000.
- Carnwaht T, Smith I. El siglo de la heroína. Barcelona: Melusina; 2006.
- Caudevilla F. El éxtasis: una revisión de la literatura científica sobre la MA. Med Clín (Barc). 2003;120:505-15.
- Caudevilla F. Éxtasis (MDMA). Madrid: AMARGORD; 2006.
- Ellis BE. Menos que cero. Barcelona: Anagrama; 2002.
- Encuesta domiciliaria sobre abuso de drogas en España 2003. Dirección General del Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas (OED). Madrid, 2004. Disponible en: URL: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/domiciliaria2003.pdf>.
- Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias 2004. Dirección General del Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas (OED). Madrid, 2004. Disponible en: URL: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf>.
- Escámez J. Drogas y escuela, una propuesta de prevención. Madrid: Dykinson; 1990.
- Escohotado A. Historia elemental de las drogas. Barcelona: Anagrama; 2003.
- Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs use (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev. 2005 (2):CD003020. Disponible en: URL: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003020.html>.
- Galanter M, Kleber HD. Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias. Barcelona: Masson; 1997.
- Gardner S, et al. Guide to science-based practices 1: Science-based substance abuse prevention: A guide. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2001.
- Goldstein A. Adicción. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1995.
- Gordon R. An operational classification of disease prevention. En: Steinberg JA, Silverman MM.

- Preventing mental disorders. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services; 1986.
- Hulscher MEJL, Wensing M, Van der Weijden T, Grol R. Intervenciones para la implementación de prevención en atención primaria (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: URL: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Informe 2004. Dirección General del Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD). Observatorio Español sobre Drogas (OED). Madrid, 2004.
- Informe Anual 2006. Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Luxemburgo, 2005. Disponible en: URL: <http://www.ar2006.emcdda.europa.eu/es/home-es.html>.
- Jiménez Ruiz CA, Barrueco Ferrero M, Solano Reina S, Torrecilla García M, Domínguez Grandal F, et al. Recomendaciones en el abordaje diagnóstico y terapéutico del tabaquismo. Documento de consenso. Arch Bronconeumol. 2003;39:35-41. Disponible en: URL: <http://www.scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n8/colabora.pdf>.
- Leary T. LSD: Flashbacks. Una autobiografía. Barcelona: Ed. Alpha Decay; 2003.
- Lizarraga S, Ayarra M. Entrevista motivacional. 2002. Disponible en: URL: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple6.html>.
- Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC, Lizasoain I. Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. 2 ed. Madrid: Panamericana; 2003.
- Luengo Martín MA, Romero Tamales E, Gómez Fragüela JA, et al. La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela. Análisis y evaluación de un programa. Madrid, 1999.
- Marlowe A. Cómo detener el tiempo. La heroína de la A a la Z. Barcelona: Anagrama; 2002.
- Martín E. De los objetivos de la prevención a la prevención de los objetivos. En: Becoña E, Rodríguez A y Salazar I. Drogodependencias 4. Prevención. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela; 1995.
- Meta-análisis de programas de prevención del abuso de drogas. NIDA. Madrid: Ed. FAD; 1999.
- Megias E, Bravo MJ, Júdez J, Navarro J, Rodríguez E, Zarco J. La Atención Primaria de Salud ante las drogodependencias. Madrid: FAD, 2001.
- Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing, Second Edition: Preparing People for Change. 2 ed. Nueva York: Guilford Press; 2002.
- Moncada S. Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En: Plan Nacional sobre Drogas. Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación. Madrid: PNSD; 1997. p. 85-101.
- Physician Leadership on National Drug Policy. Adolescent substance abuse: a Public Health priority. An evidence-based, comprehensive, and integrative approach. 2002. Disponible en: URL: <http://www.plndp.org/>.
- Prados JA, Cebriá J, Bosch JM. Comunicación centrada en el paciente: una aplicación a la clínica. FMC. 2000;7:83-8.
- Pratt HD. Office counseling for the adolescent. Prim Care Office Pract. 2006;33:349-71.
- Prochaska JP, DiClemente CC. The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dpw Jones/Irwin; 1984.
- Prochaska J, Prochaska J. Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En: Recaída y prevención de recaídas. Barcelona: Ed. Neurociencias, 1993.
- Rogers C. El poder de la persona. México: el Manual Moderno, 1980.
- Rogers C. El proceso de convertirse en persona. Madrid: Paidós, 1970.

- Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behavior change. A guide for practitioners. Londres: Churchill Livingstone, 1999.
- Silagy C. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, 2002, número 3. Oxford: Update Software.
- Shulgin A, Shulgin A. Phenethylamines I have known and loved: A chemical love story. Berkeley: Transform Press, 1991.
- Szasz TS. Nuestro derecho a las drogas. Barcelona: Anagrama, 2001.
- The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. Scottish Intercollegiate Guideline Network. Edimburgo, 2003. Disponible en: URL: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign74.pdf> y en URL: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf>.
- Welsh I. Éxtasis: tres relatos de amor químico. Barcelona: Anagrama, 1998.
- Zarco Montejo J, Caudevilla Gállico F, Casado Vicente V. Atención a las personas con hábitos tóxicos y conductas de riesgo. En: Serrano M, Casado V, Bonal P, editores. Medicina de Familia. Barcelona: Ariel, 2005.
- Zarco Montejo J, Caudevilla Gállico F, Cabezas Peña C, Navarro Cañadas C. Conductas de riesgo adictivo. En: Casado Vicente V, Calero Muñoz S, Cordón Granados, et al, editores. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona: semfyc ediciones; 2007. p. 1201-64.

RECURSOS WEB SOBRE DROGAS

Existen innumerables sitios web disponibles en la actualidad, no obstante, tan sólo referenciamos algunos de los más significativos a partir de cuyos enlaces (*links*) se pueden alcanzar prácticamente todos los existentes.

www.pnsd.msc.es/

Web del Plan Nacional de Drogas.

Obligatoria para conocer el tema en España. Toda la información de carácter oficial e institucional del estado está centralizada en el Plan Nacional.

<http://www.emcdda.org/>

Página oficial del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT), con información objetiva, fiable y comparable en Europa sobre el fenómeno de las drogas y las toxicomanías, así como sobre sus consecuencias:

- Uso problemático de drogas.
- Las enfermedades infecciosas entre los inyectores.
- Las demandas de tratamiento por los usuarios de drogas.
- Respuesta del consumo a las medidas adoptadas en los diferentes países.
- Análisis y seguimiento de las estrategias y políticas nacionales y comunitarias.
- Detección y evaluación de las nuevas drogas sintéticas.

También incluye todas las publicaciones del OEDT, a texto completo o con descripciones, y una base de datos bibliográfica de más de 2.700 documentos accesibles mediante una biblioteca virtual, así como un catálogo de publicaciones absolutamente imprescindibles.

<http://www.socidrogalcohol.org/>

Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías.

Página de la principal Sociedad Científica Española en Adicciones, incluye el acceso gratuito (excepto para los dos últimos números) a la revista *Adicciones*, una de las más importantes en castellano.

www.lasdrogas.info/

Web del Instituto para el Estudio de las Adicciones.

Una buena página, muy útil, con gran cantidad de servicios. La suscripción (gratuita) a los servicios de correo electrónico permite mantenerse actualizado, casi en exceso; remiten información diariamente.

Los enlaces de esta página permiten acceder a casi toda la información en drogas.

<http://www.setox.org>

Página de la Sociedad Española de Toxicomanías.

Proporciona información actualizada sobre cursos, congresos, seminarios, conferencias y otras actividades formativas. Ofrece acceso a las revistas *Conductas Adictivas* y *Trastornos Adictivos*, así como una selección actualizada de artículos científicos. Su página de enlaces es amplia, completa y actualizada.

<http://www.fad.es/>

Web de la ONG/Fundación privada, sin ánimo de lucro, dedicada a la lucha contra las drogodependencias, con estatus consultivo ante el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. Desarrolla campañas de comunicación con el objetivo de sensibilizar a la sociedad sobre la problemática del consumo de drogas. Su página web es atractiva y ágil. Dispone de detallados resúmenes de sus excelentes estudios e investigaciones cualitativas en relación con las drogodependencias, además de facilitar el acceso a un gran número de publicaciones, programas preventivos y cursos de formación. También se puede consultar cualquier tipo de duda y dispone de un ordenado y completo directorio de recursos sobre drogas en Internet.

www.nida.nih.gov/

NIDA es el Plan Nacional de Drogas de Estados Unidos.

Es una página realmente útil y práctica. La parte ideológica-institucional está algo alejada de los parámetros europeos, pero contiene muchísima información útil, accesible y con material para formación, cursos, etc., que se pueden descargar.

www.asaupam.info/

Web de la Asociación de Apoyo a Personas con Problemas de Drogas.

El mundo de las drogas desde la calle. El material más cercano para las personas afectadas. Aporta publicaciones (completas, en pdf, de libre uso) que son de las mejores en prevención del daño y en información en lenguaje de la calle.

www.faudas.red2002.org.es/

FAUDAS es la federación estatal de asociaciones de personas afectadas por las drogas, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y grupos afines.

www.energycontrol.org/

Página web de EnergyControl, organización no gubernamental (ONG) pionera en España en políticas de reducción de riesgos en espacios recreativos. Aporta información general sobre las sustancias más consumidas en lugares de ocio. Su estilo es sencillo, directo y objetivo, si bien en ocasiones los contenidos pueden resultar insuficientes para personas que buscan información avanzada.

La lista de correo asociada a esta página web, centrada fundamentalmente en la reducción de riesgos en drogas de síntesis, agrupa más de mil suscripciones. La lista constituye un excelente observatorio de este fenómeno, además de proporcionar información sobre resultados de análisis cuantitativos de pastillas.

<http://www.erowid.org>

The Vaults of Erowid: este portal contiene más de 20.000 documentos con información exhaustiva y variada sobre todo tipo de drogas, desde las más conocidas hasta aquellos psicoactivos de uso más restringido. Desde una perspectiva multidisciplinar y objetiva, aborda temas como la investigación científica, experiencias, dosis y efectos, química, salud, leyes, medios de comunicación o usos tradicionales y espirituales.

El sitio web contiene documentos de interés para profesionales sanitarios e investigadores. Por ejemplo, es posible acceder al contenido íntegro de todos los artículos científicos publicados sobre la MDMA (éxtasis) o la LSD. La gran cantidad de información dificulta en ocasiones realizar búsquedas rápidas y algunos de los contenidos más interesantes no se encuentran fácilmente. Es una página imprescindible, aunque requiere de cierto tiempo para aprovechar todas sus posibilidades.

www.red2002.org.es/

Red Comunitaria sobre el VIH/sida del Estado español.

No hace falta decir más.

DIRECTORIO DE ORGANISMOS PÚBLICOS EN RELACIÓN CON LAS DROGAS

Administración Central

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Recoletos, 22. 28071 Madrid

Teléfono: 91 822 60 88. Fax: 91 822 60 90

Comunidades y ciudades autónomas

Comunidad Autónoma de Andalucía

Director general para las
Drogodependencias y Adicciones
Consejería para la Igualdad y el Bienestar
Social

Avda. Hytasa, 14
Edificio Junta de Andalucía
41071 Sevilla

Teléfono: 95 504 83 32

Fax: 95 504 83 46

Comunidad Autónoma de Aragón

Jefe del Servicio de Promoción de la Salud
y Prevención de la Enfermedad
Consejería de Salud y Consumo
Ramón y Cajal, 68. 50004 Zaragoza
Teléfono: 976 71 43 75. Fax: 976 71 43 38

Comunidad Autónoma del Principado de Asturias

Jefe de la Unidad de Coordinación del
Plan de Drogas
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
Ildefonso Sánchez del Río, 5
33001 Oviedo
Teléfono: 985 66 81 53. Fax: 985 66 81 52

Comunidad Autónoma de las Islas Baleares

Coordinador Autonómico de Drogas
Consejería de Salud y Consumo
C/ Zuloaga, 2. 07005 Palma de Mallorca
Teléfono: 971 47 30 38. Fax: 971 47 33 85

Comunidad Autónoma de Canarias

Director general de Atención
a las Drogodependencias
Consejería de Sanidad
Rambla General Franco, 53
38006 Santa Cruz de Tenerife
Teléfono: 922 47 46 69. Fax: 922 47 43 65

Comunidad Autónoma de Cantabria

Director general de Salud Pública
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales
Federico Vial, 13. 39002 Santander
Teléfono: 942 20 76 47. Fax: 942 20 81 90

Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha

Director general de Planificación
y Atención Sociosanitaria
Consejería de Sanidad
Avda. de Francia, 4. 45071 Toledo
Teléfono: 925 26 77 52/63
Fax: 925 26 77 62

Comunidad Autónoma de Castilla y León

Comisionada regional para la Droga
Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
Paseo Filipinos, 1. 47071 Valladolid
Teléfono: 983 41 36 74
Fax: 983 41 09 88

Comunidad Autónoma de Cataluña

Director del Órgano Técnico de Drogodependencias
Consejería de Salud
Travessera de Les Corts, 131-159
08028 Barcelona
Teléfono: 93 227 29 73
Fax: 93 227 29 74

Ciudad Autónoma de Ceuta

Responsable Plan sobre Drogas y Sida
Juan de Juanes, 4. 11702 Ceuta
Teléfono: 956 50 33 59
Fax: 956 50 92 93

Comunidad Autónoma de Extremadura

Secretario técnico de Drogodependencias
Consejería de Sanidad y Consumo
Adriano, 4, 4.^a planta
06800 Mérida (Badajoz)
Teléfono: 924 00 41 33
Fax: 924 00 41 71

Comunidad Autónoma de Galicia

Subdirector general de Salud Mental y Drogodependencias
Consejería de Sanidad
Edificio Administrativo San Lázaro
15703 Santiago de Compostela (La Coruña)
Teléfono: 981 54 18 59
Fax: 981 54 18 65

Comunidad Autónoma de Madrid

Director-gerente de la Agencia Antidroga
Consejería de Sanidad y Consumo
Julián Camarillo, 4-B. 28037 Madrid
Teléfono: 91 426 95 58
Fax: 91 426 95 51

Ciudad Autónoma de Melilla

Comisionado autonómico para el Plan de Drogas
Consejería de Bienestar Social y Sanidad
Carlos Ramírez de Arellano, 10
52004 Melilla
Teléfono: 952 69 93 01
Fax: 952 69 93 02

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Secretario autonómico de Atención al Ciudadano,
Ordenación Sanitaria y Drogodependencias
Consejería de Sanidad
Pinares, 4. 30071 Murcia
Teléfono: 968 36 58 49
Fax: 968 22 24 17

Comunidad Foral de Navarra

Director técnico del Plan Foral de Drogodependencias
Consejería de Salud
Amaya, 2 A. 31002 Pamplona
Teléfono: 848 42 14 39
Fax: 848 42 35 10

Comunidad Autónoma del País Vasco

Directora de Drogodependencias
Consejería de Vivienda y Asuntos Sociales
Donostia-San Sebastián, 1
01010 Vitoria
Teléfono: 945 01 81 04. Fax: 945 01 64 07

Comunidad Autónoma de La Rioja

Comisionado Regional para la Droga

Consejería de Salud

Vara de Rey, 42. 26071 Logroño

Teléfono: 941 29 18 70

Fax: 941 29 18 71

Comunidad Valenciana

Directora general de

Drogodependencias

Consejería de Sanidad

Guardia Civil, 30, entlo. 4

46020 Valencia

Teléfono: 96 387 03 80

Fax: 96 387 03 51

Financiado por

