

Drogas y familia: prevención y orientación

Sesiones
clínicas
en APS

Abordaje desde la Atención Primaria

Asensio López Santiago

José Zarco Montejo

Juanjo Mascort Roca

Con el patrocinio de:



Índice

- Objetivos de la sesión.
- Metodología de trabajo.
- Caso clínico 1: Ana de 39 años.
- Caso clínico 2: Marisa y Roberto, padres de Juan Alberto.
- Materiales de apoyo:
 - Epidemiología.
 - Información sobre las sustancias.

Objetivos de la sesión

- Trabajar los conocimientos y habilidades necesarios para dar respuesta a los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria en relación con el consumo de drogas en la población escolar.
- Analizar las pautas de atención y orientación más adecuadas para los padres.
- Analizar los cursos de acción posibles de cara a la entrevista y el seguimiento con los adolescentes.

Sesiones
clínicas
en APS

Metodología

- La sesión se desarrolla a partir de casos prácticos.
- Se promueve la reflexión individual y el trabajo en grupos con el objeto de trabajar las actitudes de los profesionales.
- Las conclusiones se obtienen como resultado de la participación del grupo.
- La sesión se puede ampliar con un segundo caso práctico y con la revisión de contenidos teóricos sobre drogas.

Caso clínico 1

Ana es una paciente habitual de tu cupo, de 39 años de edad, con la que mantienes una buena relación.

Un día acude a tu consulta con su marido, porque «sospechan» que su hijo de 16 años consume «alguna droga» y te piden que «le recetes» ese análisis del sudor nuevo que ahora venden en las farmacias, para detectar si consume o no drogas.

Están muy confundidos, pues aunque ellos también fumaron algún porro de jóvenes, no lo hicieron antes de los 20 años.

Se añade su preocupación porque su hijo ha cambiado de amigos, ya no hace deporte como antes, aunque mantiene unas notas “aceptables” en la ESO.

Sesiones
clínicas
en APS

Caso clínico 1

¿Cuál sería tu actitud inicial?

(RESPUESTA INDIVIDUAL)

Caso clínico 1

Desarrollar el caso basándose en un proceso deliberativo

- Análisis de valores/principios implicados.
- Cursos de acción extremos.
- Posibles cursos de acción intermedios.
- Análisis de las consecuencias previsibles para cada curso de acción.
- Determinación de los cursos de acción óptimos.

Sesiones
clínicas
en APS

"No, tiene que venir su hijo!"

Situación de partida



Valores en conflicto

CURSOS DE ACCIÓN

"Sí, le receto el test del sudor"

-

+

ÓPTIMO/S

CONSECUENCIAS

Sesiones
clínicas
en APS

Caso clínico 1

¿Con qué alternativa de los cursos de acción posibles nos quedamos?

(Trabajo en grupos de 4 personas)

Caso clínico 1

TRABAJO POR GRUPOS* (1.ª parte)

- Partiendo de situación extrema «A», analizar sus consecuencias y proponer cursos intermedios manteniendo siempre su opción.
- Lo mismo desde situación extrema «B».
- Plantear desde un principio situaciones intermedias.

* (Cada grupo deberá tener al menos 3-4 personas pudiéndose ampliar hasta un máximo de 6 y 4 grupos, uno para la situación 1, otro para la 2 y dos para la 3)

PUESTA EN COMÚN

Caso clínico 1

TRABAJO POR GRUPOS (2.^a parte)

UNA VEZ EXPRESADOS LOS POSIBLES CURSOS DE ACCIÓN, DEBEN QUEDAR ANALIZADAS:

Las necesidades de los padres en la demanda que plantean y el correspondiente plan de seguimiento.

Un plan de actuación con el hijo. ¿Lo citamos en la consulta?; ¿le ofrecemos orientación?; ¿cómo manejamos la consulta con el joven?

TRABAJAR LA BÚSQUEDA DE UN CONSENSO

Caso clínico 1

Algunas conclusiones

(Aspectos que el docente debe revisar y recalcar a modo de resumen)

Caso clínico 1

Ejes y procesos que hay que considerar

Con los padres:

- Clarificación de la demanda (¿existe un problema? ¿cuantificación del consumo?).
- Escucha activa: alivio emocional (angustia) – tranquilizar, predisposición de ayuda.

Con el hijo:

- Respeto a su autonomía (¿menor maduro?).
- Confidencialidad/secreto profesional.
- Establecimiento de la relación clínica.
- Posibilidad de intervención posterior (¿consumo problemático?).

Caso clínico 1

La prevalencia de consumo de las diferentes drogas ha aumentado en los últimos años entre los jóvenes. Las drogas legales, -alcohol y tabaco-, son las más consumidas en la población adolescente, seguidas del cannabis.

Las que más han aumentado han sido el cannabis y la cocaína.

En cualquier caso, no podemos olvidar que en muchas ocasiones se trata de consumos experimentales o esporádicos y no necesariamente problemáticos.

Es importante intentar obtener información del propio hijo/a mediante una conversación tranquila buscando el momento más adecuado.

Será necesario realizar una valoración global de la situación, incluyendo la intensidad, y circunstancias y frecuencia del consumo.

Caso clínico 1

Los padres y madres deberán prestar especial atención a los posibles signos directos e indirectos del consumo:

- Cambios del humor o del carácter.
- Empeoramiento del rendimiento académico.
- Cambios en las amistades, entre las que con frecuencia se pueden encontrar otros jóvenes consumidores.
- Cambios físicos como aparición de tos crónica, conjuntivitis, pupilas dilatadas, olor a alcohol o a porros.

Valorar las circunstancias favorecedoras del consumo entre las que destacan los patrones de ocio.

Los primeros contactos con las drogas se producen a lo largo de la segunda década de la vida. Cuanto más precoz sea este primer contacto mayor es la probabilidad de desarrollar un consumo problemático.

Sesiones
clínicas
en APS

Caso clínico 1

Cómo orientar la entrevista con los padres

Caso clínico 1

Clarificación de la conducta I

- Conocer con precisión las preocupaciones que le llevan a la consulta.
- Identificar si existen antecedentes o experiencias cercanas en la familia que generen un aumento de la preocupación de los padres.
- Dar la oportunidad a los padres de que expresen con detalle todas sus explicaciones sobre su hijo.

Caso clínico 1

Clarificación de la conducta II

- Recoger información sobre las relaciones entre los padres y el hijo: si comparten aficiones conjuntas, si mantienen diálogo con frecuencia, si existen dificultades para el cumplimiento de las normas familiares, si el hijo participa en las tareas de la casa, etc.
- Información de que disponen los padres sobre las relaciones sociales de su hijo y su ocupación del tiempo libre.
- Conocer la adaptación del hijo en los estudios y si ha experimentado cambios en los últimos tiempos.

Caso clínico 1

Escucha activa y seguimiento del caso

- Conocer el nivel de preocupación de los padres sobre la sospecha de consumo de drogas de su hijo.
- Identificar el alcance de la preocupación sobre el hijo.
- Mostrar disposición a ofrecer apoyo a los padres mientras estén preocupados o se mantenga el problema.
- Contextualizar las conductas de consumo de drogas de los menores en los patrones sociales de los jóvenes.
- Ofrecer la posibilidad de mantener una entrevista con el hijo antes de tomar ninguna decisión que pueda dificultar intervenciones posteriores.
- Ofrecer una cita en un período de 4 semanas para conocer la evolución del caso.

Caso clínico 1

Pautas de relación con el hijo

- Orientar a los padres para que no actúen a escondidas con el hijo.
- Recomendar que no aborden el problema con el hijo cuando surja un conflicto, sino que lo emplacen a un momento posterior.
- Es preferible que expongan a su hijo la preocupación y darle la oportunidad de conocer su opinión.
- Clarificar las normas de conducta del hijo.
- Si se confirma el consumo de drogas, acordar con el hijo, de manera inflexible, la valoración por el médico de familia de la existencia o no de un problema de salud.
- Los padres deben mantener una posición firme y acordada previamente.

Sesiones
clínicas
en APS

Caso clínico 1

Cómo orientar la entrevista con el joven

Caso clínico 1

Se trata de un grupo poblacional poco frecuentador de la consulta pues por lo general tiene escasos problemas de salud, por lo que debemos aprovechar cualquier oportunidad, para explorar un posible consumo.

Además, existen ocasiones específicas en las que hay que valorar la oportunidad de explorar el consumo de drogas:

- Cuando se abre una historia clínica nueva.
- Ante cualquier demanda explícita o implícita relacionada con un probable consumo de drogas.
- De forma periódica para realizar despistaje y consejo en el contexto de promoción de hábitos de vida saludables y actividades preventivas. Según el PAPPS con una periodicidad al menos anual en los adolescentes.
- Ante cambios biográficos importantes que pueden acarrear cambios conductuales (fracaso escolar, accidentes, conflictos familiares, etc.).

Debemos crear un clima de empatía que facilite la escucha activa, cuidar nuestro lenguaje no verbal y disponer del tiempo adecuado.

Caso clínico 1

La entrevista con el joven

- Garantizar la confidencialidad de la entrevista.
- Mostrar preocupación por su persona.
- Evitar juicios de valor sobre su conducta.
- Transmitir mensajes claros y firmes sobre los riesgos que puede estar asumiendo.
- Pedir permiso antes de explorar aspectos de su intimidad.
- Dejar claro los aspectos que nos generan preocupación de su conducta.
- Ofrecer una cita de seguimiento para una nueva evaluación.

Caso clínico 1

Se recomienda realizar preguntas abiertas, exploratorias y facilitadoras, que den la oportunidad de expresarse con libertad:

“A tu edad, hay chicos y chicas que salen de marcha y a veces hacen botellón...

¿Qué haces cuando sales de marcha?

¿Conoces a alguien que haya tenido problemas al beber alcohol o tomar drogas?”

Evitar preguntas directas, que incluyan la posible respuesta dentro de la propia pregunta o, preguntas con repuestas dicotómicas de si/no ya que por lo general, son percibidas como un interrogatorio y dificultan obtener información.

“¿Qué drogas consumes?”

“Drogas no, ¿verdad?”, “no consumes drogas”, “de drogas nada, ¿verdad?...”

“¿Consumes drogas?”

Caso clínico 1

Son factores facilitadores para una investigación más fidedigna y profunda, diferentes elementos de la escucha activa:

- Señalamientos: hacer énfasis sobre una emoción conducta expresada: “parece que...”.
- Clarificaciones: intervención que obliga a explicar el significado de algo: “¿qué entiende por...?”
- Parafraseados y resúmenes: pequeños resúmenes con palabras propias: “según creo entender...”.

Caso clínico 1

La anamnesis es la herramienta fundamental para explorar el consumo de cualquier paciente.

El uso de una prueba analítica para detectar un posible consumo, sin el consentimiento informado del paciente, no se puede recomendar tanto a nivel ético como a nivel práctico:

- No aporta ninguna información sobre las circunstancias, frecuencia y consecuencias del consumo.
- Además de quebrar la relación médico-paciente y vulnerar el principio ético de autonomía.

En el caso de que la comunicación falle o la magnitud del consumo sea importante será necesario proponer una consulta con otros profesionales.

Sesiones
clínicas
en APS

Caso clínico 1

¿Cuál sería tu actitud final?

Caso clínico 1

Algunas ideas clave:

- No existen recetas que resuelvan todas las situaciones.
- Es importante detectar lo antes posible las situaciones de riesgo.
- Hay que generar un vínculo con los padres para intentar crear un espacio de confianza.
- La entrevista con el joven ha de ser un reto que ayude a valorar el alcance real de la situación.
- Si se sospecha una situación preocupante, el objetivo es pactar una cita con atención especializada.

Caso clínico 2

Roberto y Marisa son los padres de Juan Alberto, de 14 años. Juan Alberto es paciente de tu cupo desde que nació y no ha presentado problemas graves de salud.

Los padres están preocupados porque últimamente no muestra interés en el colegio, está sacando peores notas, ha cambiado de amigos y no saben muy bien con quién va. También ha dejado el equipo de fútbol.

Caso clínico 2 (continuación)

Es un chico tímido e influenciabile. El sábado llegó «bastante bebido» a las 3.00 h de la mañana (su hora tope era las 24 h) y discutieron con él. Coincidió con las fiestas locales.

Acuden a tu consulta a solicitarte ayuda porque desde entonces dicen que no atiende a razones y no les dirige la palabra.

Caso clínico 2

Inicio del desarrollo del caso

Pedir una participación individual (y fundamentalmente intuitiva) a los asistentes (en relación a):

- ¿Debemos dar importancia excesiva a esta demanda?
- ¿Hemos de considerar la borrachera como un acontecimiento «normal»?
- ¿Realmente tenemos alguna capacidad de maniobra en esta situación?

Caso clínico 2

Desarrollar el caso trabajando en dos grupos:

Grupo A: ponerse en el papel de Juan Alberto y analizar su posible reacción desde una perspectiva emocional.

Grupo B: ponerse en el papel de los padres para explicar su actuación y describir su estado emocional.

Caso clínico 2

Realizar una puesta en común de ambos grupos y trabajar alternativas de aproximación para reconducir la situación padres/hijo con participación grupal (tormenta de ideas).

Intentar llegar a un consenso de cuál sería la recomendación óptima con objetivos a corto y largo plazo.

Sesiones
clínicas
en APS

Caso clínico 2

Algunas conclusiones

Caso clínico 2

Ejes y procesos que considerar (I)

Padres:

- ¿Cómo reconducir la comunicación con Juan Alberto?
- Desdramatizar la situación, contextualizando los hechos concretos.
- Sugerir que le expliquen su preocupación.
- Posponer cualquier situación de diálogo hasta pasado un tiempo del episodio de crisis.
- Predisposición a la ayuda para cuando el hijo lo estime oportuno.

Sesiones
clínicas
en APS

Ejes y procesos que considerar (II)

Con Juan Alberto:

- Mediar para que acuda a la consulta con el objetivo de reforzar el vínculo terapéutico, garantizando explícitamente la confidencialidad.
- Valorar la existencia o no de un consumo problemático.
- Analizar el momento del cambio, la percepción de riesgos y asesorar en consecuencia.
- Predisposición de ayuda para cuando lo estime oportuno.
- Pacto de la información a transmitir a sus padres.

Sesiones
clínicas
en APS

Materiales de apoyo

- Epidemiología
- Información sobre las sustancias

Sesiones
clínicas
en APS

Epidemiología

Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2012.

Prevalencia de consumo en los últimos 12 meses (%)										
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Tabaco	-	-	-	-	-	-	34	38,1	32,4	35,3
Alcohol	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81	74,9	72,9	73,6	81,9
Hipnosedantes* (con/sin receta)	-	-	-	-	-	-	7,4	10,1	9,8	11,6
Hipnosedantes* (sin receta)	4,4	4,5	4,7	5	4,5	4,7	4,8	5,7	5,6	5,8
Cánnabis	18,2	23,4	25,7	28,8	32,8	36,6	29,8	30,5	26,4	26,6
Éxtasis	3,2	4,1	2,5	5,2	4,3	2,6	2,4	1,9	1,7	2,2
Alucinógenos	4,4	5,6	4	4,2	3,2	3,1	2,8	2,7	2,1	2
Anfetaminas	3,5	4,4	3,4	3,5	4,1	3,3	2,6	2,5	1,6	1,7
Cocaína (polvo y/o base)	1,8	2,7	4,5	4,8	6,2	7,2	4,1	3,6	2,6	2,5
Heroína	0,3	0,4	0,6	0,4	0,3	0,4	0,8	0,7	0,6	0,7
Inhalables volátiles	1,9	2	2,6	2,5	2,2	2,2	1,8	1,6	1,2	1,2
GHB	-	-	-	-	-	-	0,8	0,8	0,7	1

* Incluye tranquilizantes y/o somníferos

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Evolución de las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2012.

Prevalencia de consumo en los últimos 30 días (%)										
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Tabaco	31,1	32,5	31,9	32,1	29,4	37,4	27,8	32,4	26,2	29,7
Alcohol	75,1	66,7	68,1	60,2	56	65,6	58	58,5	63	74
Hipnosedantes* (con/sin receta)	-	-	-	-	-	-	3,6	5,1	5,2	6,6
Hipnosedantes* (sin receta)	2,6	2,2	2,3	2,5	2,4	2,4	2,4	2,9	3	3,4
Cánnabis	12,4	15,7	17,2	20,8	22,5	25,1	20,1	20,1	17,2	16,1
Éxtasis	2,1	2,3	1,6	2,8	1,9	1,5	1,4	1,2	1	1,2
Alucinógenos	2,6	2,8	2	2	1,2	1,5	1,3	1,2	1	1
Anfetaminas	2,3	2,6	2	2	2	1,8	1,4	1,1	0,9	1
Cocaína (polvo y/o base)	1,1	1,6	2,5	2,5	3,2	3,8	2,3	2	1,5	1,5
Heroína	0,2	0,3	0,4	0,3	0,2	0,4	0,5	0,6	0,5	0,6
Inhalables volátiles	1,1	1,2	1,8	1,5	1,1	1,1	1,1	0,9	0,8	0,8
GHB	-	-	-	-	-	-	0,5	0,5	0,5	0,7

* Incluye tranquilizantes y/o somníferos

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Evolución de la edad media de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2012.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Tabaco	13,9	13,3	13,2	13,1	13,1	13,2	13,1	13,3	13,5	13,6
Tabaco (consumo diario)	-	14,6	14,5	14,4	14,4	14,5	14,2	15,1	14,3	14,5
Alcohol	13,5	13,7	13,8	13,6	13,6	13,7	13,8	13,7	13,7	13,9
Alcohol (consumo semanal)	-	15	15	14,9	15	15,1	15	15,6	14,8	15,1
Hipnosedantes* (con/sin receta)	-	-	-	-	-	-	13,8	14	13,9	14,3
Hipnosedantes* (sin receta)	14,1	14,5	14,8	14,5	14,6	14,8	14,2	14,3	14,2	14,6
Cánnabis	15,1	15,1	15	14,9	14,7	14,7	14,6	14,6	14,7	14,9
Cocaína (polvo y/o base)	15,6	15,9	15,8	15,8	15,7	15,8	15,3	15,3	14,9	15,5
Cocaína polvo	-	-	-	-	-	-	15,4	15,4	15,4	15,6
Cocaína base	-	-	-	-	-	-	15	15	14,6	15,2
Heroína	14,3	14,7	14,4	15,4	14,9	14,4	14,7	14,3	14,4	14,4
Anfetaminas	15,5	15,7	15,6	15,6	15,6	15,7	15,6	15,4	15,5	15,5
Alucinógenos	15,4	15,6	15,4	15,5	15,5	15,8	15,5	15,4	15,4	15,4
Inhalables volátiles	13,3	13,6	13,4	13,9	14,3	14	13,6	13,8	13,2	13,4
Éxtasis	15,6	15,7	15,5	15,7	15,4	15,6	15,5	15,2	15,3	15,8
GHB	-	-	-	-	-	-	15	15	14,6	15,1

* Incluye tranquilizantes y/o somníferos.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Sesiones
clínicas
en APS

Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años, según edad y sexo (porcentajes). España, 2012.

	TOTAL			POR EDAD Y SEXO																
	T	H	M	14 T	14 H	14 M	15 T	15 H	15 M	16 T	16 H	16 M	17 T	17 H	17 M	18 T	18 H	18 M		
Tabaco	35,3	33,1	37,5	20,6	16,9	24,5	28,6	24,7	32,3	34,7	32,2	37,1	40,9	40	41,9	48,6	47,3	50,1		
Borracheras	52	51,7	52,3	26,1	23,1	29,2	40,2	35,5	44,6	53,4	52,6	54,1	62,6	65,1	60,1	70,5	73,1	67,6		
Alcohol	81,9	80,9	82,9	63,1	60	66,2	75,3	73,2	77,3	84,2	82,9	85,4	89,2	89	89,5	91,3	91,9	90,5		
Bebidas alcohólicas + cánnabis	26,1	29,1	23,1	10,2	10,9	9,4	18,5	19,1	17,9	26,1	28,7	23,7	33,6	38	29	37,8	42,9	32,2		
Bebidas alcohólicas + cocaína	2,4	3,2	1,5	1	1,2	0,7	1,5	1,7	1,3	2,1	3	1,2	2,7	3,4	2	4,8	6,8	2,5		
Hipnosedantes* (con/sin receta)	11,6	8,4	14,9	7,8	6,1	9,5	9,9	7	12,7	11,6	7,9	15,1	12,9	9,2	16,8	15	11,3	19,1		
Hipnosedantes* (sin receta)	5,8	4,4	7,3	3,7	3,2	4,3	4,5	2,7	6,3	6	4	7,8	6,4	5,1	7,8	7,9	6,5	9,5		
Cánnabis	26,6	29,7	23,3	10,5	11,5	9,5	18,9	19,6	18,2	26,4	29,1	23,9	34,1	38,8	29,1	38,4	43,7	32,5		
Cocaína (polvo y/o base)	2,5	3,4	1,6	1	1,3	0,7	1,5	1,8	1,3	2,2	3,2	1,2	2,9	3,8	2	4,8	6,9	2,5		
Cocaína en polvo	2	2,8	1,2	0,7	1,1	0,4	1	1,2	0,8	1,8	2,5	1,1	2,3	3,1	1,5	4,3	6,3	2,1		
Cocaína base	1,6	2,2	1	0,9	1,1	0,6	1,2	1,2	1,1	1,4	2,3	0,6	1,8	2,3	1,2	2,8	4,2	1,3		
Éxtasis	2,2	3	1,4	0,9	1,1	0,6	1	1,1	1	2,1	2,8	1,4	2,8	3,6	1,9	3,8	5,9	1,6		
Anfetaminas/speed	1,7	2,4	1,1	0,7	1	0,4	0,9	1	0,9	1,5	2,3	0,8	2,4	3,2	1,6	2,8	4,1	1,5		
Alucinógenos	2	2,9	1,1	0,9	1,2	0,5	1,4	1,6	1,2	1,9	2,8	1	2,2	3,2	1,3	3,5	5,6	1,2		
Heroína	0,7	1,1	0,4	0,5	0,9	0,2	0,8	0,9	0,7	0,8	1,3	0,3	0,8	1,2	0,4	0,5	0,7	0,3		
Inhalables volátiles	1,2	1,6	0,8	1,1	1,5	0,7	0,9	1	0,8	1,4	1,9	0,9	1,3	1,8	0,9	1,1	1,5	0,6		
GHB	1	1,5	0,5	0,5	0,8	0,3	0,7	0,6	0,7	1,1	2	0,4	1,1	1,5	0,6	1,7	2,6	0,8		
Ketamina	0,7	0,9	0,4	0,4	0,5	0,3	0,5	0,6	0,4	0,7	1,1	0,4	0,9	1,1	0,6	0,6	1	0,3		
Spice	1	1,3	0,7	0,2	0,4	0,1	0,6	0,6	0,6	1	1,7	0,3	1,4	1,7	1	1,6	1,7	1,5		
Piperazinas	0,3	0,5	0,2	0,3	0,5	0	0,4	0,4	0,4	0,4	0,7	0,1	0,4	0,5	0,2	0,1	0,1	0,1		
Mefedrona	0,3	0,5	0,1	0,2	0,4	0	0,4	0,4	0,3	0,4	0,9	0	0,4	0,6	0,2	0,1	0,1	0		
Nexus	0,4	0,6	0,2	0,3	0,4	0,1	0,3	0,4	0,3	0,5	0,9	0,1	0,5	0,8	0,2	0,2	0,4	0		
Metanfetamina	0,7	1	0,4	0,2	0,3	0,1	0,5	0,6	0,5	0,7	1,2	0,3	0,9	1,3	0,5	0,9	1,3	0,4		
Setas mágicas	1,4	2,1	0,8	0,6	1	0,2	0,9	0,8	0,9	1,2	1,9	0,4	1,9	2,6	1,1	2,4	3,9	0,8		
Research chemicals	0,3	0,4	0,1	0,3	0,5	0,1	0,3	0,4	0,3	0,3	0,7	0	0,3	0,5	0,2	0,2	0,2	0,2		
Legal highs	0,3	0,5	0,2	0,3	0,5	0	0,4	0,4	0,5	0,3	0,6	0,1	0,4	0,5	0,2	0,1	0,3	0		
Salvia	0,5	0,9	0,2	0,4	0,7	0,1	0,5	0,5	0,4	0,5	1	0,1	0,7	0,9	0,4	0,6	1,1	0		

* Incluye tranquilizantes y/o somníferos.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Sesiones
clínicas
en APS

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes), según sexo y edad. España, 1994-2012.

	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012
Alguna vez en la vida										
Total	84,1	84,2	86	78	76,6	82	79,6	81,2	75,1	83,9
Sexo										
Hombre	84,3	84,3	85,5	78,2	75,9	81,5	78,4	80,8	74,9	82,9
Mujer	84	84,1	86,4	77,9	77,2	82,5	80,7	81,7	75,2	84,9
Edad										
14 años	69,6	67,6	71,5	52,4	52,7	59,2	57,1	62,6	49,7	65,9
15 años	81,8	81,7	82,5	73,4	70,4	76,6	76,1	78,7	71,5	77,7
16 años	88	88,7	89,7	83,1	81,7	86,9	86	86,2	81,6	86,2
17 años	91,9	91,3	92,8	89,6	89	91,9	91,2	90,5	87,8	90,8
18 años	92,5	93,4	96,2	93,8	92,2	93,8	92,3	92,3	88,6	92,6
Últimos 12 meses										
Total	82,7	82,4	83,8	77,3	75,6	81	74,9	72,9	73,6	81,9
Sexo										
Hombre	82,8	82,3	83	77,3	74,9	80,6	73,4	71,5	73,3	80,9
Mujer	82,7	82,5	84,5	77,3	76,3	81,5	76,3	74,2	73,8	82,9
Edad										
14 años	67,7	64,3	67,9	51,5	52	57,9	50,9	53,1	48	63,1
15 años	80,4	79,7	80,5	72,7	69,7	75,6	70,9	69,6	70	75,3
16 años	86,7	87,4	88	82,4	80,9	85,9	82,1	77,6	80,3	84,2
17 años	90,7	89,9	90,9	88,7	87,6	91,1	87,4	84,1	86,1	89,2
18 años	91,1	92,4	94,1	93,3	91,2	93	88,2	84,2	86,4	91,3
Últimos 30 días										
Total	75,1	66,7	68,1	60,2	56	65,6	58	58,5	63	74
Sexo										
Hombre	75,3	66,8	67,5	60,4	56,7	65,5	58,1	57,7	62,7	72,9
Mujer	74,9	66,7	68,5	59,9	55,4	65,7	58	59,4	63,2	75,2
Edad										
14 años	56,7	40,1	43,2	32,1	27,7	38	31,7	36,2	38,1	53,2
15 años	71,8	60,1	62,2	51,8	47,7	57,7	50,7	52,9	58,9	66
16 años	80	74,1	73,4	65,7	61,6	71,9	65,3	63,8	70	75,6
17 años	85,1	79,4	81,1	73,7	71,5	78,2	74,2	71,9	74,8	82,4
18 años	86,2	84,1	85	82,7	76,8	81,5	76,5	75,1	77,1	86,4

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Sesiones
clínicas
en APS

Prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 30 días según el consumo de alcohol entre los estudiantes de 14 a 18 años (porcentajes). España, 2012.

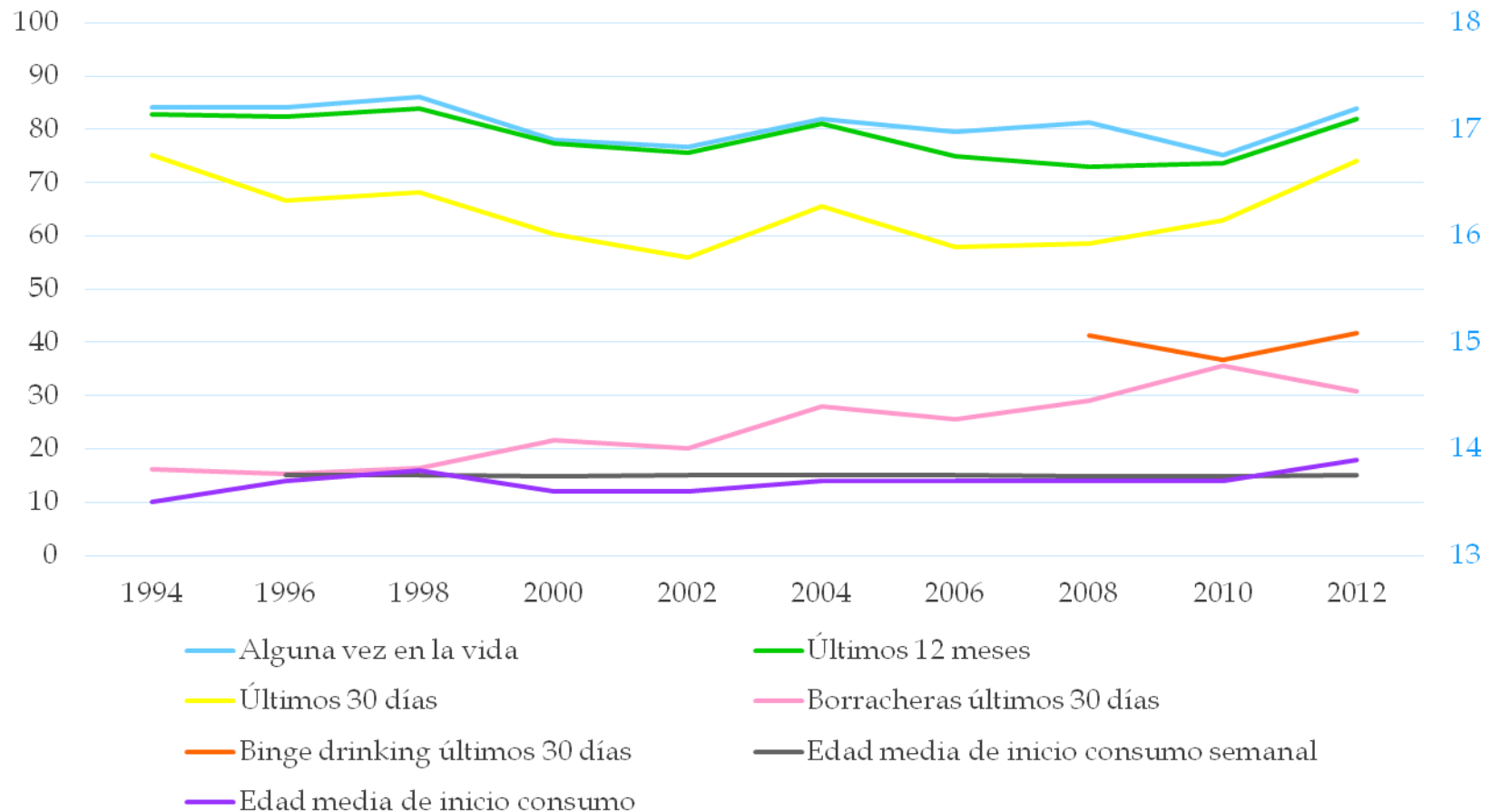
	Ha consumido alcohol alguna vez en la vida		Ha consumido alcohol en los últimos 12 meses	
	No ha realizado botellón en el último año	Ha realizado botellón en el último año	No ha realizado botellón en el último año	Ha realizado botellón en el último año
Ha consumido hachís o marihuana en los últimos 30 días	4,9	24,5	5,3	24,6
Ha consumido cocaína en los últimos 30 días	0,4	2,2	0,4	2,2
Ha consumido anfetaminas o <i>speed</i> en los últimos 30 días	0,3	1,5	0,3	1,5
Ha consumido alucinógenos en los últimos 30 días	0,3	1,5	0,3	1,5
Ha consumido éxtasis en los últimos 30 días	0,4	1,8	0,4	1,8
Ha hecho <i>binge drinking</i> en los últimos 30 días	15,8	63	17,4	63,4
Se ha emborrachado en los últimos 30 días	7,9	48,3	8,7	48,6

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES).

Sesiones
clínicas
en APS

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)

Evolución de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas, prevalencia de borracheras (últimos 30 días), prevalencia de *binge drinking* (últimos 30 días), edad media de inicio al consumo y edad media de inicio del consumo semanal, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 1994-2012.

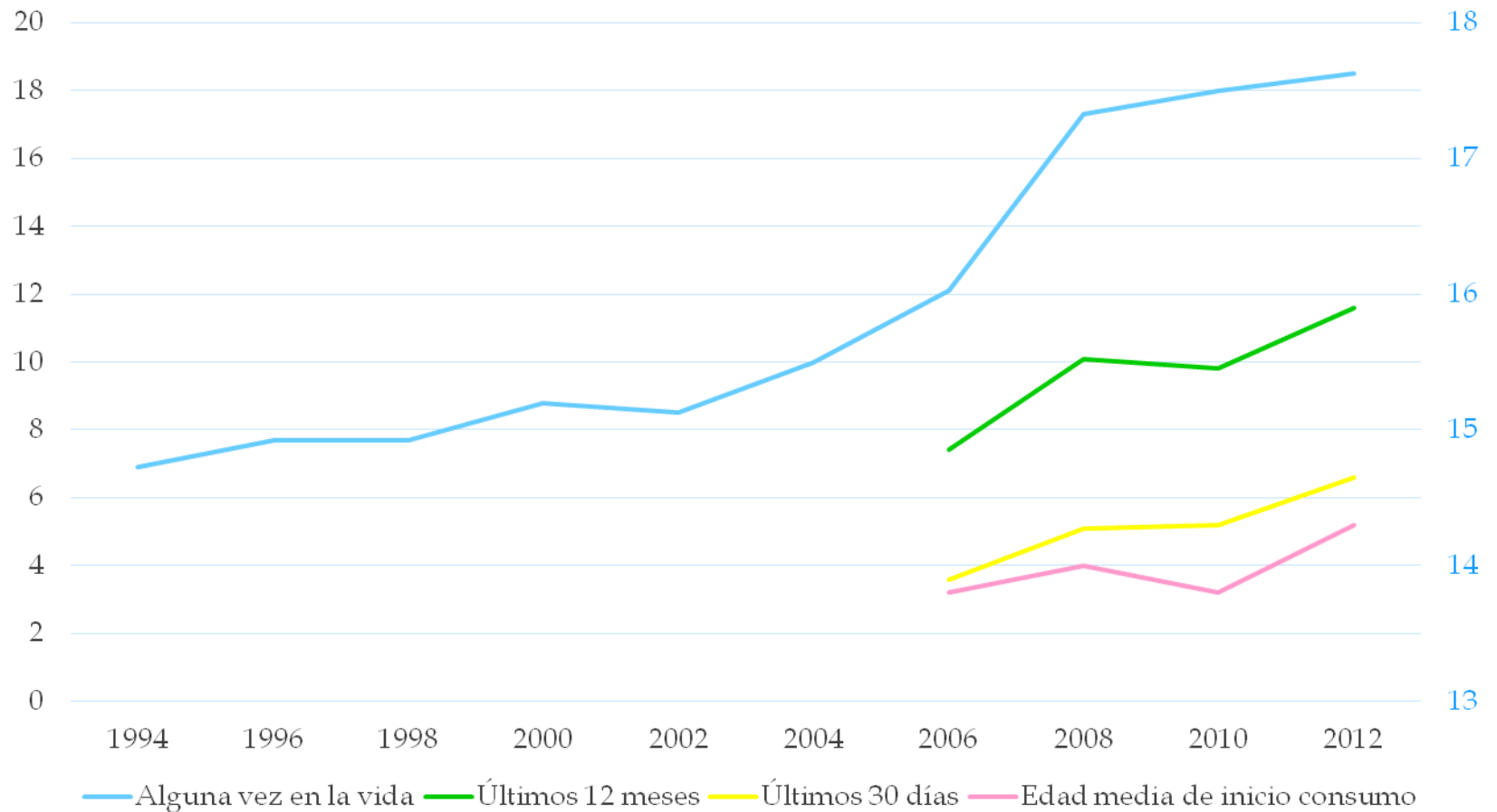


Sesiones
clínicas
en APS

* Hipnosedantes incluye tranquilizantes y/o somníferos.

FUENTE: OEDT.
Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)

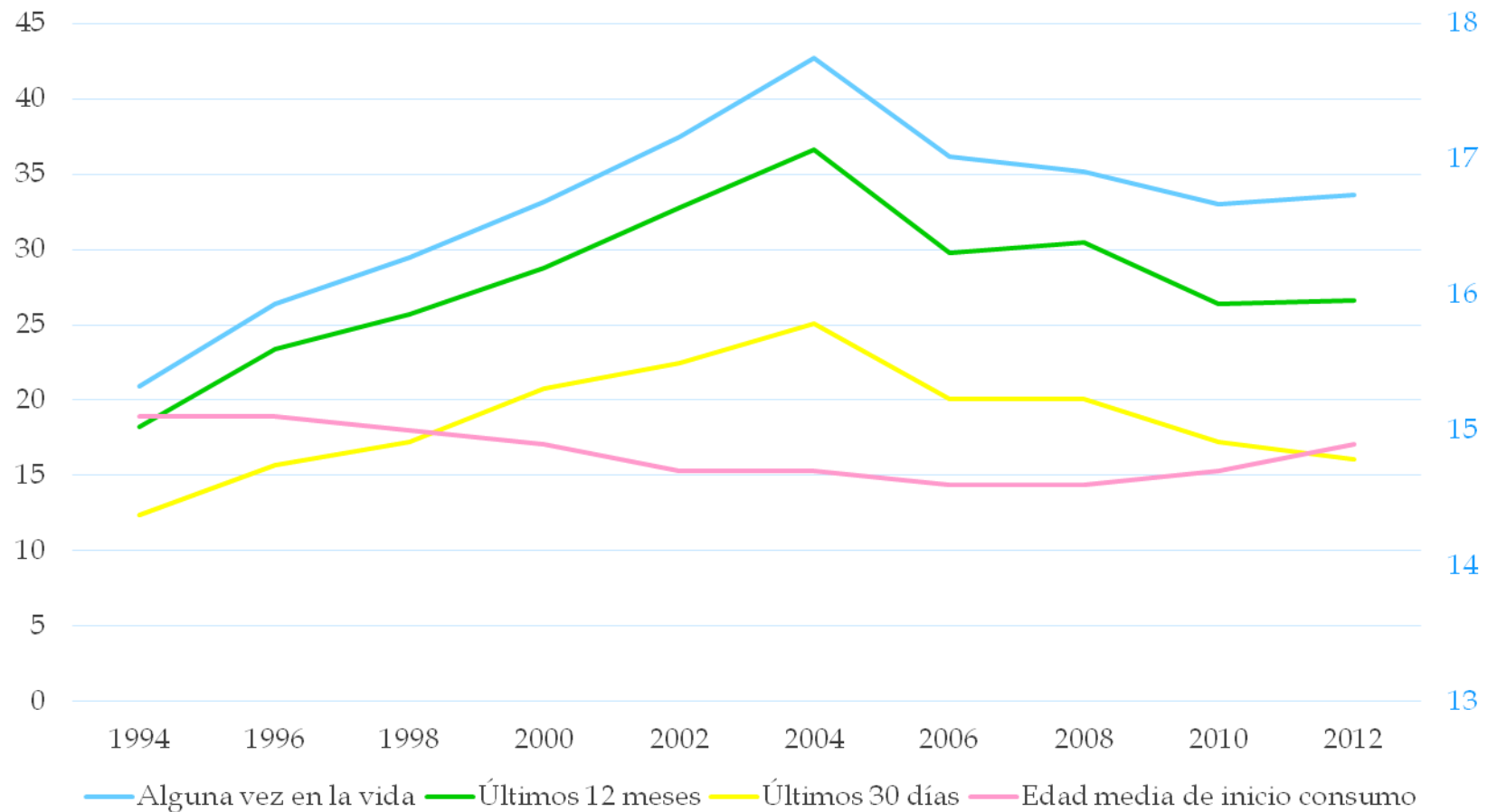
Evolución de la prevalencia de consumo de hipnosedantes* (con o sin receta) y edad media de inicio en el consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (porcentajes). España, 1994-2012.



Sesiones
clínicas
en APS

FUENTE: OEDT.
Encuesta sobre Uso de
Drogas en Enseñanzas
Secundarias en España
(ESTUDES)

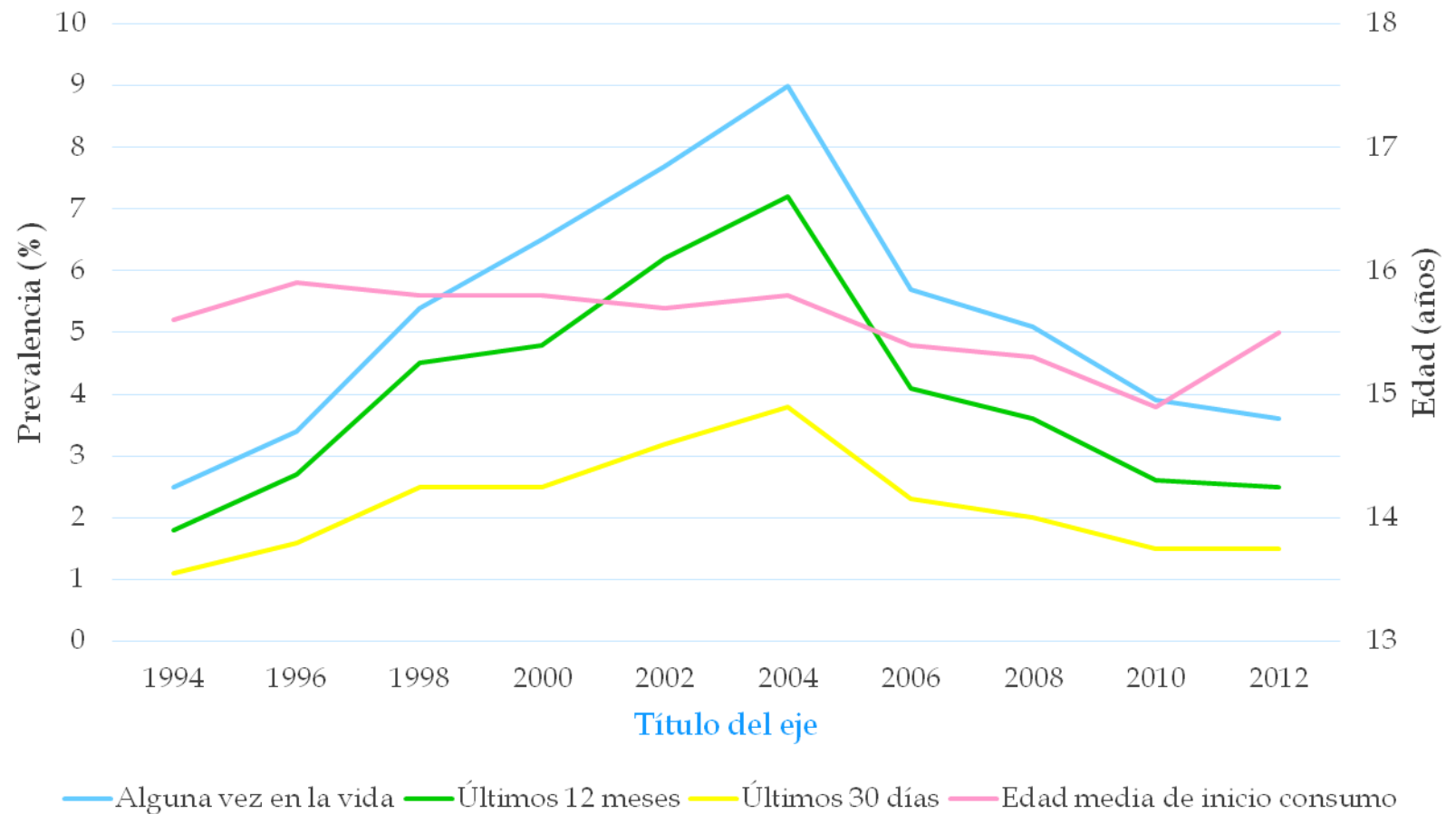
Evolución de la prevalencia de consumo de cánnabis entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (porcentajes) y edad media de inicio del consumo. España, 1994-2012.



Sesiones
clínicas
en APS

FUENTE: OEDT.
Encuesta sobre Uso de
Drogas en Enseñanzas
Secundarias en España
(ESTUDES)

Evolución de la prevalencia de consumo de cocaína (polvo y/o base) y edad media de inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (porcentajes). España, 1994-2012.

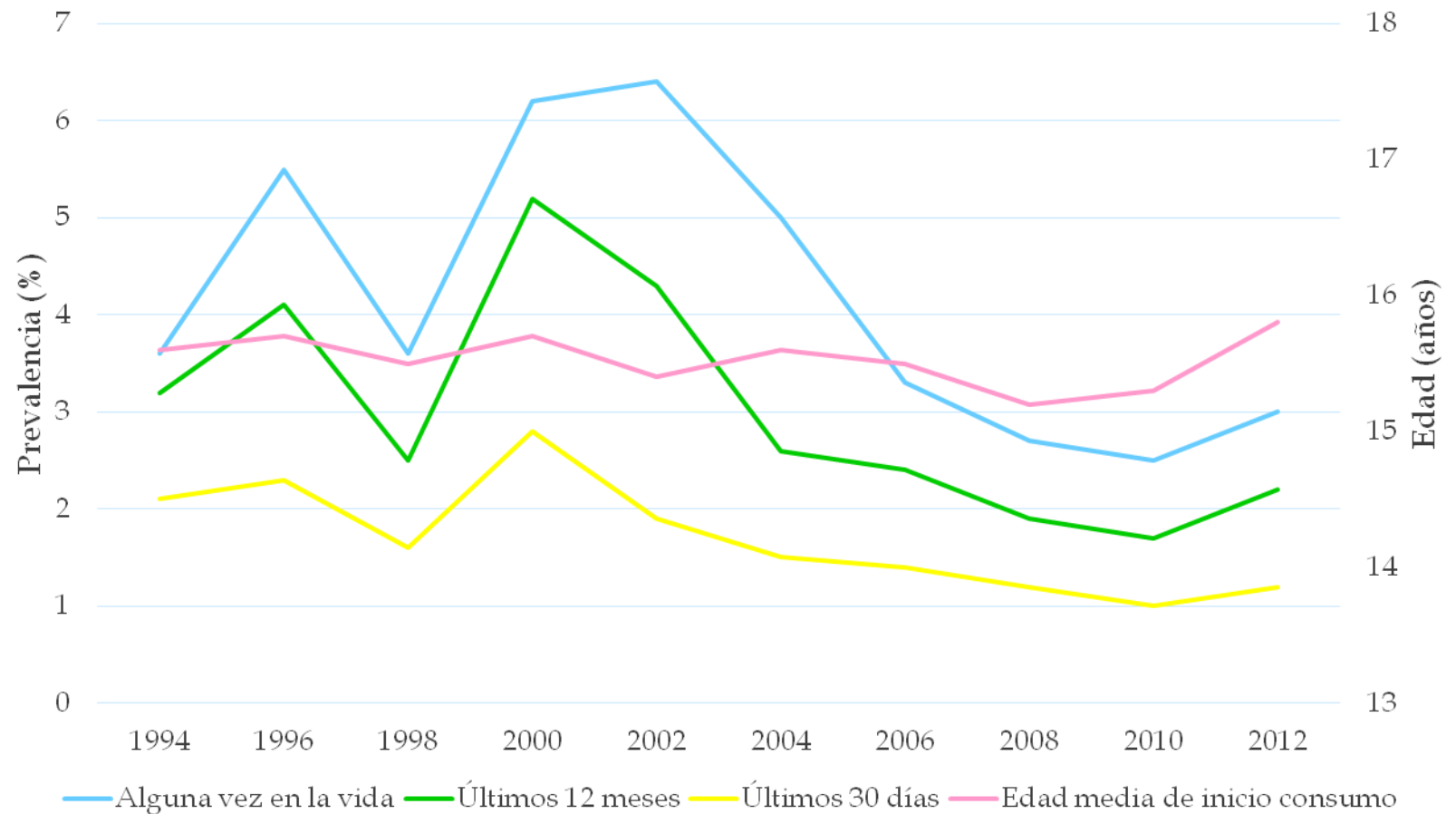


Sesiones
clínicas
en APS

FUENTE: OEDT.
Encuesta sobre Uso de
Drogas en Enseñanzas
Secundarias en España
(ESTUDES)


semFYC
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria
www.semfy.com

Evolución de la prevalencia de éxtasis y edad media de inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (porcentajes). España, 1994-2012.

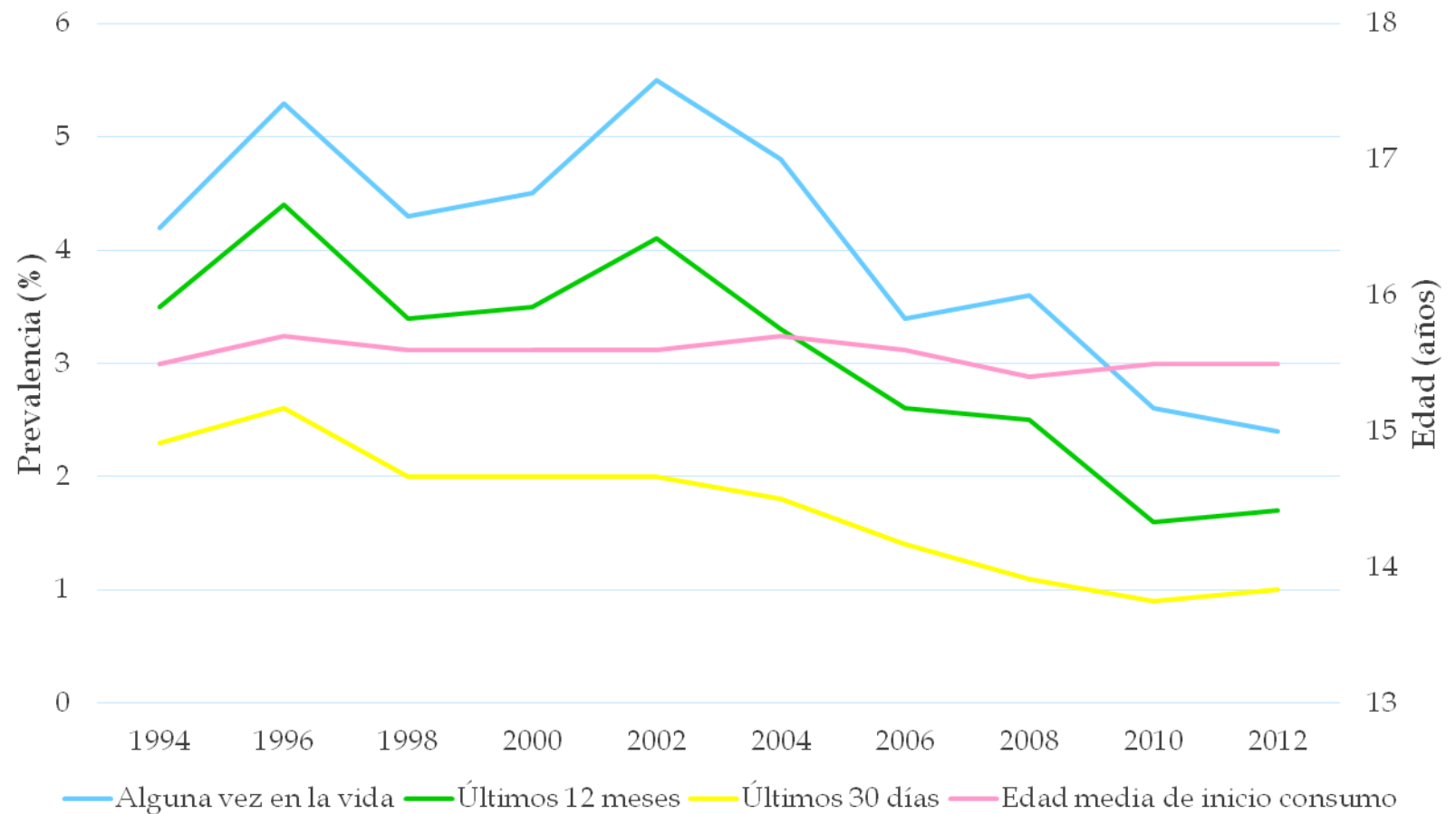


Sesiones
clínicas
en APS

FUENTE: OEDT.
Encuesta sobre Uso de
Drogas en Enseñanzas
Secundarias en España
(ESTUDES)


semFYC
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria
www.semfyces

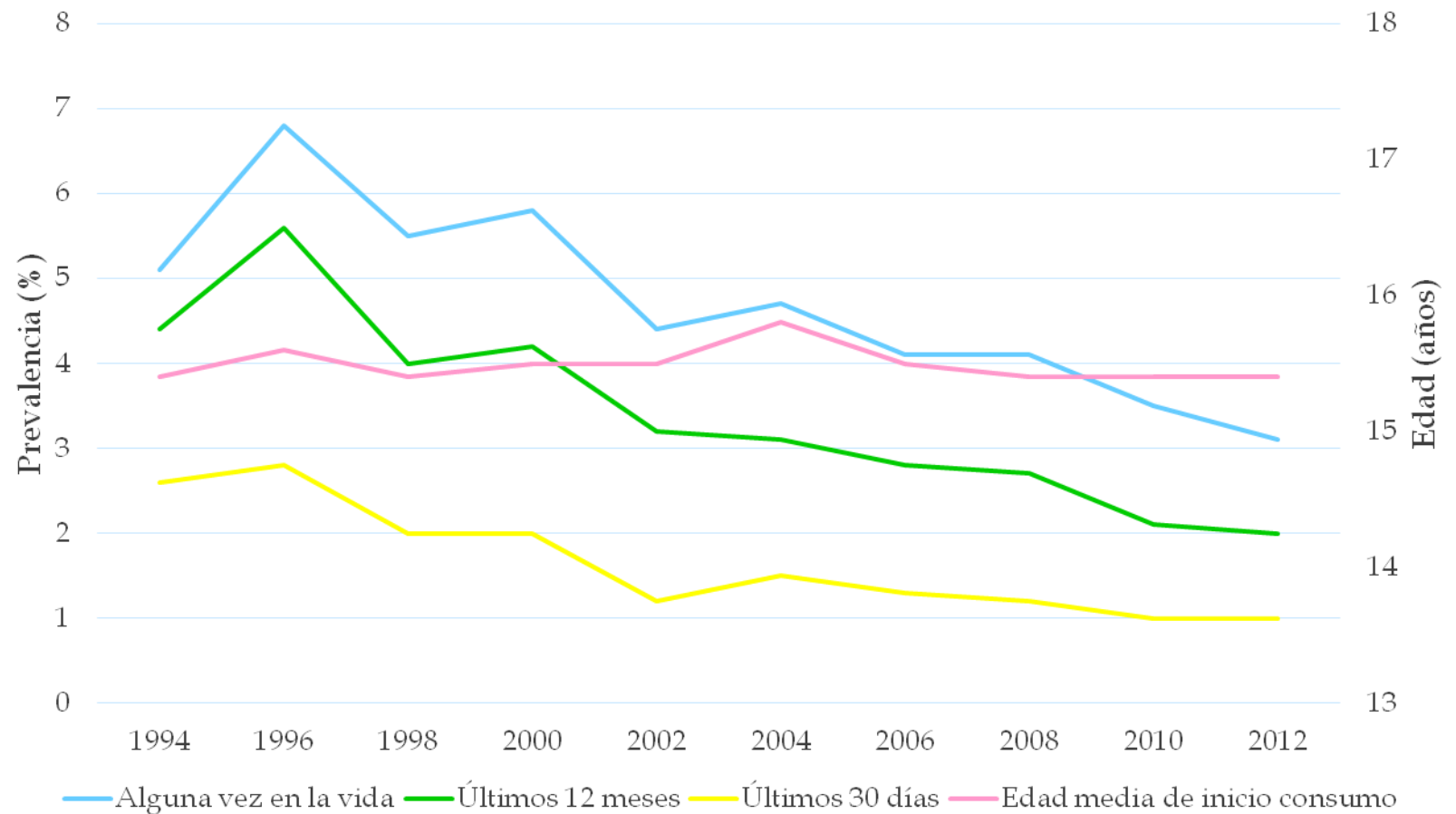
Evolución de la prevalencia de anfetaminas y edad media de inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (porcentajes). España, 1994-2012.



Sesiones
clínicas
en APS

FUENTE: OEDT.
Encuesta sobre Uso de
Drogas en Enseñanzas
Secundarias en España
(ESTUDES)

Evolución de la prevalencia de alucinógenos y edad media de inicio del consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (porcentajes). España, 1994-2012.

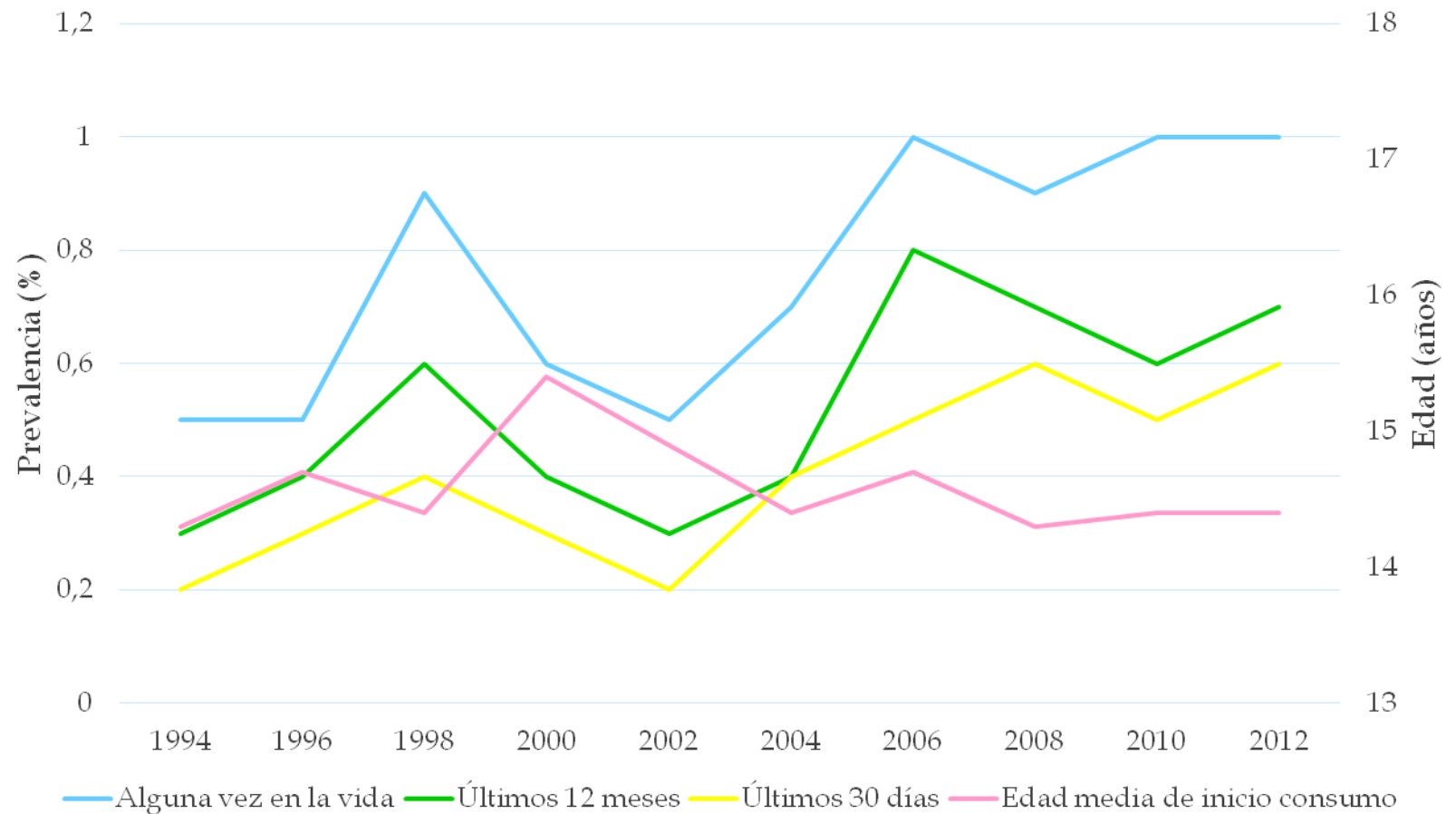


Sesiones
clínicas
en APS

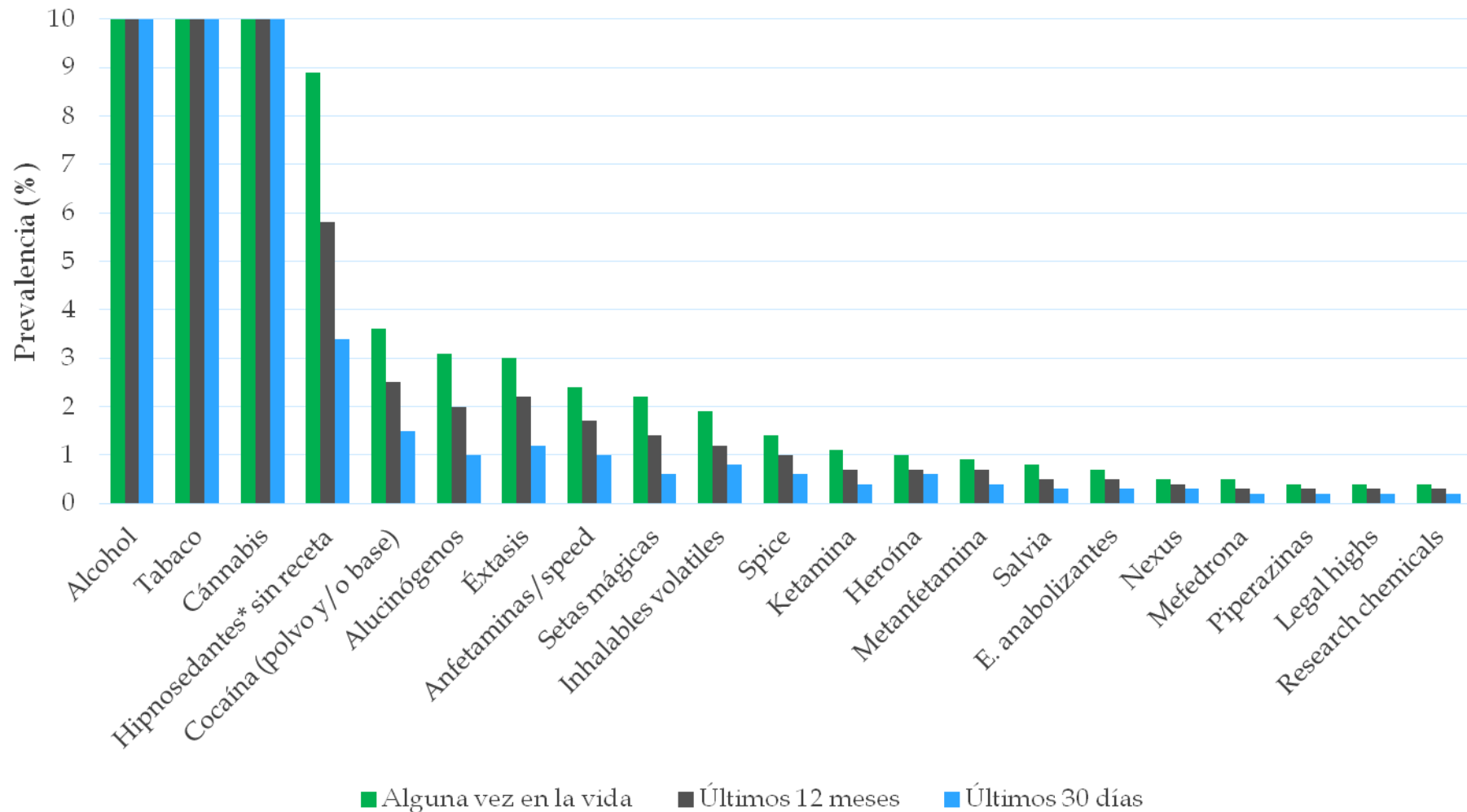
FUENTE: OEDT.
Encuesta sobre Uso de
Drogas en Enseñanzas
Secundarias en España
(ESTUDES)


semFYC
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria
www.semfyces

Evolución del consumo de heroína y edad media de inicio en el consumo entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (porcentajes). España, 1994-2012.



Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes). España, 2012.



*Incluye tranquilizantes y/o somníferos.

FUENTE: OEDT. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)

Sesiones
clínicas
en APS

Conclusiones generales de la Encuesta

1. Evolución positiva, con descenso importante del consumo de las drogas más extendidas.
2. Para cannabis y cocaína se ha quebrado la tendencia al alza en todas las frecuencias de consumo.
3. Ha aumentado la percepción del riesgo.
4. Los estudiantes consideran que ahora es más difícil conseguir droga.
5. El alcohol y el tabaco siguen siendo las drogas más consumidas, seguidas del cannabis y, a distancia del resto de sustancias psicoactivas.

Percepción del riesgo y disponibilidad percibida

- En los últimos años se ha producido un incremento de la percepción del riesgo en casi todas las sustancias.
- La percepción del riesgo asociado al consumo de nuevas sustancias es mayor si se hace referencia a los consumos habituales (una vez por semana o más) frente a consumos esporádicos (una vez al mes o menos).

En los últimos años se ha observado un descenso generalizado de la disponibilidad percibida de todas las drogas.

- No obstante los datos del 2012 indican que, entre los estudiantes en general, la disponibilidad percibida de estas sustancias es mayor a la reflejada en los datos del 2010, al igual que ocurre entre los jóvenes que no han consumido nunca las sustancias. Sin embargo, entre los consumidores reales, la disponibilidad percibida en 2012 es menor a la que señalaron en 2010.

**Sesiones
clínicas**
en APS

Información sobre las sustancias

CONCEPTOS BÁSICOS EN DROGODEPENDENCIAS

DROGA

Toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones.

DROGA DE ABUSO

Aquella de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser administrada por uno mismo.

CONCEPTOS BÁSICOS EN DROGODEPENDENCIAS

USO

Es el consumo, utilización o gasto de una sustancia.

ABUSO

O «consumo perjudicial», es el consumo de cantidades y/o en circunstancias que comportan un riesgo, o que se desvían del uso «normal» de esa droga en su uso socialmente aceptado. No indica que exista dependencia.

HÁBITO

Cuando se consume una sustancia porque hay adaptación a sus efectos. En el hábito existe el deseo de consumir pero se mantiene la dosis y el conseguir y consumir esa sustancia, no supone una exigencia imperiosa.

CONCEPTOS BÁSICOS EN DROGODEPENDENCIAS

TOLERANCIA

Disminución progresiva del efecto de la droga o de la duración de este, tras su administración repetida; para conseguir los mismos efectos se ha de aumentar la dosis y/o disminuir los intervalos de administración.

- Tolerancia aguda, aunque se aumente la cantidad no va a provocar mayor efecto (cocaína).
- Tolerancia inversa o sensibilización, la droga produce fuertes efectos con cantidades pequeñas, es como un efecto de sumación (alcohólicos con hepatopatía crónica).
- Tolerancia cruzada o recíproca, se suele dar en drogas que pertenecen al mismo grupo farmacológico (alcohol y benzodiazepinas).

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Serie de signos y síntomas generalmente contrarios a la acción que produce la droga y que se origina por la supresión de esta.

CONCEPTOS BÁSICOS EN DROGODEPENDENCIAS

DEPENDENCIA

El patrón de consumo de la sustancia conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo en algún momento de un período continuado de 12 meses, caracterizado por:

1. Existencia de tolerancia (tendencia a incrementar la dosis).
2. Aparición del síndrome de abstinencia por retirada de la droga.
3. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido a su consumo.
4. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia o en la recuperación de sus efectos.
5. Existe un deseo persistente o esfuerzo infructuoso de controlar o interrumpir el consumo.
6. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos.

CONCEPTOS BÁSICOS EN DROGODEPENDENCIAS

FORMAS DE CONSUMO

- Experimental, es un consumo aislado, no suele ser eligiendo el tipo de droga, se guía más por la oferta que se hace.
- Ocasional, el consumo se realiza en circunstancias concretas y normalmente eligiendo el tipo de droga y buscando un fin determinado.
- Habitual, el consumo sigue un patrón de frecuencia determinado (fin de semana o diario) y busca aliviar el malestar generado por la abstinencia y mantener el rendimiento. La persona dedica tiempo a conseguir y consumir la droga.
- Compulsivo, consumo diario, muy intenso y repetido, con gran pérdida del control sobre el consumo de la sustancia. Supone, de por sí, un trastorno del comportamiento.

CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS SEGÚN SU ORIGEN

- **Drogas naturales**, su origen está en la naturaleza, provienen de las plantas. Pueden utilizarse en forma «cruda» (hojas de cannabis), o en forma «refinada» variando su presentación (cocaína).
- **Drogas semisintéticas**, es cuando se modifica una droga natural a través de procesos químicos (heroína obtenida de la morfina).
- **Drogas sintéticas**, no existen en la naturaleza y se elaboran en el laboratorio.

CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS SEGÚN LA OMS

- **Grupo 1. Opiáceos:** opio y derivados naturales, semisintéticos y sintéticos (morfina, heroína, metadona).
- **Grupo 2. Psicodepresores:** barbitúricos, benzodiazepinas y análogos.
- **Grupo 3. Alcohol etílico.**
- **Grupo 4. Psicoestimulantes mayores:** cocaína, anfetaminas y derivados.
- **Grupo 5. Alucinógenos:** LSD, mescalina, psilocibina, etc.
- **Grupo 6. Cannabis y derivados:** marihuana, hachís.
- **Grupo 7. Sustancias volátiles:** gasolinas, pegamentos, éter, óxido nitroso, etc.
- **Grupo 8. Psicoestimulantes menores:** tabaco, cafeína, cola, cacao, etc.
- **Grupo 9. Drogas de diseño o síntesis.**

ALCOHOL

Componentes: Alcohol etílico, etanol.

Altera las membranas neuronales, interactúa sobre receptores gamma-aminobutirato (GABA) y N-metil-D-aspartato (NMDA)

Duración de efectos: 1 - 4 horas.

Unidad de bebida estándar (UBE): cantidad de alcohol (=10 gramos) que contiene un vaso de vino (100 ml), una caña (200 ml) o media copa de whisky (25 ml).

Gramos de alcohol = volumen (dl) x graduación (ml/100) x 0.79 .

Criterios analíticos: aumento del VCM, elevación de la GGT y otros enzimas hepáticos (GOT[AST] más que GPT [ALT]) y de la transferina desialada.

ALCOHOL

EFECTOS

Buscados: euforia moderada, desinhibición, relajación, hilaridad...

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, mielinosi central pontina, enfermedad de Marchifava-Bignami, esclerosis laminar de Morel, seudoparálisis general alcohólica.

ALCOHOL

TOLERANCIA Y DEPENDENCIA

El consumo habitual de alcohol lleva consigo al desarrollo de tolerancia y dependencia.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Puede tener una intensidad variable, pudiendo pasar desapercibido hasta 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 autonómica (*delirium tremens*).

TABACO

COMPONENTES

- Nicotina, es un compuesto psicoactivo, tras la inhalación es rápidamente absorbida al SNC produciendo efectos estimulantes (neuroquímicos y metabólicos parecidos a los de la cocaína, y anfetaminas).
- Carcinógenos: hidrocarburos policíclicos (alquitrán), nitrosaminas y aminas aromáticas.
- Monóxido de carbono.
- Irritantes: óxido nitroso, ácido cianhídrico, responsables de la patología respiratoria.

TABACO

TOLERANCIA Y DEPENDENCIA

La nicotina desarrolla gran tolerancia, y una gran dependencia física y sobre todo psicológica.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Aparece el primer día con mayor intensidad al tercero, y se mantiene en menor intensidad durante un mes:

- Ansiedad, irritabilidad, cambios de humor, labilidad emocional.
- Dificultad de concentración, trastornos del sueño, disminución del rendimiento.
- Bradicardia, hipotensión, sudoración.
- Disminuye la adrenalina y el metabolismo basal con aumento del apetito y de peso.

CANNABIS

PRODUCTOS

- Hachís, hash, 10-20% resina que proviene de la parte superior (triturada y comprimida) aunque a menudo se aprovecha toda la planta.
- Presentación en forma de bolas, barras (costo, chocolate, mierda, tate, mandanga, etc.). Se come o se fuma mezclada con tabaco (canuto, porro, petardo).
- Aceite, 15-30% D-9-THC: se extrae de la resina, se usa impregnando el tabaco o el papel de liar.
- Marihuana, maría, hierba: contiene un 1-5% de D-9-THC, son las flores y hojas secas, se consume fumada mezclada o no con tabaco o se ingiere cocinada o en infusiones.
- Kifi: 20% D-9-THC, formado esencialmente por las hojas.
- Grifa: se prepara a partir de las flores.

CANNABIS

EFECTOS

Buscados: euforia, relajación, modificación de los patrones habituales de pensamiento. Incremento en la percepción visual, auditiva y autopercepción. Incremento del apetito.

Intoxicación aguda: taquicardia, ansiedad, mareo, hipotensión ortostática, pensamientos obsesivos, hiperemia conjuntival, sensación de muerte, paranoia. Habitualmente se trata de cuadros autolimitados.

Crónicos: alteraciones en la memoria a corto plazo durante períodos de uso, trastornos del aprendizaje, patología respiratoria frecuente. Factor de riesgo para EPOC, neoplasias, etc., en relación con combustión. Puede desencadenar cuadros psiquiátricos en personas con predisposición (psicosis inducida por cannabis).

CANNABIS

EFECTOS TERAPÉUTICOS

Existe evidencia de su utilidad como tratamiento de las náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia, como tratamiento de la anorexia y caquexia de los enfermos de VIH/sida y como analgésico y antiespasmódico en enfermos de EM.

Existen casos aislados de mejoría sintomática en el síndrome de Gilles de la Tourette, enfermedades de Huntington y de Parkinson, dolor de origen neoplásico, glaucoma, epilepsia, asma, colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn.

Los dos compuestos derivados que se están intentando legalizar en España son Nabilona y Dronabinol.

CANNABIS

TOLERANCIA

Se desarrolla con gran rapidez. Los consumidores crónicos tienen que consumir más cantidad para obtener los mismos efectos. Existe tolerancia cruzada con el alcohol y los opiáceos.

DEPENDENCIA

Provoca dependencia psicológica en mayor o menor grado dependiendo de las características del individuo y si el consumo es diario.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Aunque no está admitida por todos los autores, de existir, suele ser leve y darse en los consumidores crónicos (ansiedad, irritabilidad e insomnio). Debido a que el cannabis se acumula en las partes grasas y se elimina muy lentamente, se atenua la caída rápida y el síndrome de abstinencia.

COCAÍNA

FORMAS DE CONSUMO

- Hojas de coca: contienen solo de un 0,5 a un 1% de cocaína. La consumen los nativos de los países productores.
- Pasta de coca: sulfato de cocaína, maceración de las hojas con diferentes productos como gasolina, queroseno o ácido sulfúrico. Contiene 40-85% de sulfato de cocaína y sirve de base para la elaboración de clorhidrato de cocaína. Se fuma en pipa o mezclado con tabaco (basuco). Se usa en los países productores.
- Clorhidrato de cocaína: forma purificada de la cocaína, se extrae de la pasta de coca con ácido clorhídrico y se presenta en forma de cristales escamosos blancos. Es la más usada, en principio suele tener una pureza del 75%, pero luego se suele «cortar» con diferentes sustancias (aspirina, lidocaína, cafeína, lactosa, quinina, talco, etc.) disminuyendo la pureza con grandes variaciones según el « mercado ». Administración esnifada o iv. Aunque hay quien la fuma impregnada a los cigarrillos (« nevadito ») con escasos efectos debido al alto índice de combustión de esta presentación.
- Cocaína base (Crack): se obtiene mezclando y calentando el clorhidrato de cocaína con una solución básica (amoníaco, hidróxido de sodio o bicarbonato sódico) del cual resultan unos gránulos cuyos vapores se inhalan, o se fuman pulverizados y mezclados con tabaco. Puede tener una concentración de hasta el 80%.

COCAÍNA

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN

- Vía oral: al sufrir la digestión pierde su eficacia, produce efectos estimulantes suaves, sensación de mayor energía y mayor rendimiento, y disminución del apetito y la sed.
- Intranasal o esnifada: llega al cerebro en 30 segundos, la estimulación dura entre 20-40 minutos y posteriormente van decreciendo los efectos.
- Inhalada o fumada: tarda 5 segundos en tener efectos, los efectos son inmediatos y muy intensos (10 veces superior a la cocaína iv o esnifada) pero muy fugaces, duran unos 5 minutos. Produce gran dependencia.
- Intravenosa: produce efectos en 30 segundos y duran 10-15 minutos, también crea dependencia a corto plazo.

COCAÍNA

EFECTOS ORGÁNICOS INMEDIATOS

- Sistema nervioso central: euforia, excitación, locuacidad, aumento de la autoestima y autoconfianza, sensación de gran fuerza física o energía, agudeza mental o aumento de lucidez, elevación del estado de ánimo, disminución del apetito, disminución de la sensación de fatiga, hiperactividad motora, verbal e ideativa, e insomnio.
- Sistema nerviosos simpático: sudoración, temblor y midriasis.
- Aparato cardiovascular: vasoconstricción, hipertensión, taquicardia.
- Aumento de la temperatura corporal.
- En algunas ocasiones, alteración de la percepción y de la capacidad crítica, movimientos compulsivos, pseudoalucinaciones táctiles, auditivas y visuales.

COCAÍNA

COMPLICACIONES ORGÁNICAS

- Cardiovasculares: arritmias, IAM y otras miocardiopatías, rotura y disecciones aórticas, infartos renales, hemorragia vítrea, trombosis venosas, etc.
- Respiratorias: perforación del tabique nasal, hipoosmia, edema agudo de pulmón, hemorragia intrapulmonar, hemoptisis, quemaduras de laringe o tráquea, asma, neumotórax, etc.
- Neurológicas: cefalea, accidentes cerebrovasculares (hemorragias, isquemias, aneurismas), crisis convulsivas, síndrome de hipertermia maligna.
- Musculares: necrosis del músculo estriado con dolor e impotencia funcional, por rotura muscular a coagulación intravascular diseminada, insuficiencia renal aguda, etc.
- Gastrointestinales: náuseas y vómitos, inflamación y necrosis del tubo digestivo por vasoespasmos, isquemia intestinal, etc.
- Hepáticas: hepatitis tóxica.
- Endocrinas: al retrasar la eyaculación (sobre todo aplicada a nivel genital) se puede producir priapismo, y en las mujeres amenorrea.
- Sobre el feto y recién nacido: riesgo de muerte fetal y aborto, inmadurez fetal y prematuridad.

COCAÍNA

SÍNTOMAS DE INTOXICACIÓN AGUDA

- Aparato cardiovascular: palpitaciones, taquicardia o bradicardia, hipertensión, arritmias, infarto de miocardio, hemorragia cerebral, vasoconstricción periférica, coagulación intravascular diseminada, paro cardíaco.
- SNC: gran euforia y después ansiedad, irritabilidad, confusión, alucinaciones táctiles y visuales, alteraciones de la percepción, reacciones paranoides y convulsiones.
- Aparato respiratorio: respiración irregular, taquipnea y parada respiratoria.
- Aparato digestivo: anorexia, náuseas, vómitos y diarreas.
- Metabolismo: hipertermia con sudoración.
- Globo ocular: midriasis y nistagmus vertical.

COCAÍNA

COMPLICACIONES PSICOPATOLÓGICAS

Inmediatas (efectos no deseados):

- Trastornos de ansiedad como crisis de pánico.
- Trastornos psicóticos agudos, cuadros de delirium.
- Trastornos depresivos, a veces con deseos de suicidio.

Por consumo crónico:

- Trastornos del estado de ánimo (episodios depresivos y maníacos).
- Incremento de la ansiedad (crisis de pánico).
- Comportamiento paranoide, esquizofrenia paranoide.
- Trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia).
- Trastornos de la sexualidad (impotencia y frigidez).

COCAÍNA

TOLERANCIA

Presenta una rápida tolerancia. La mayoría de los consumidores necesitan aumentar la dosis de forma progresiva, la frecuencia y/o cambiar la vía de administración para conseguir los mismos efectos que al principio.

Dosis altas y repetidas de cocaína: tolerancia aguda.

Dosis bajas y repetidas: se puede producir tolerancia inversa.

DEPENDENCIA

La cocaína posee un alto potencial de dependencia por cualquier vía.

Depende de la magnitud del efecto y del tiempo de aparición.

La cocaína base fumada o crack y el clorhidrato de cocaína IV tienen un mayor potencial de abuso que la consumida intranasal.

COCAÍNA

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Fase I. Abstinencia aguda. Cash: aparece a las 6-12 h y dura hasta 4 días. Al principio: agitación, depresión, anorexia, insomnio y deseo de droga (craving). Luego, además, aparece fatiga, disforia, deseo de dormir y no deseo de droga; más tarde, agotamiento e hipersomnia.

Fase II. Abstinencia retardada: aparece de nuevo el deseo de droga (aunque no tan intenso), dura de 1 a 10 semanas, el sueño es normal, persiste la ansiedad y labilidad emocional.

Fase III. Etapa de extinción: crisis esporádicas de deseo de droga, y labilidad emocional. La duración es indefinida y existe riesgo de recaída. Además, los síntomas físicos: taquicardia, vértigo, trastornos de coordinación y diarrea.

ANFETAMINAS

EFECTOS

Estimulante del SNC: se consumen por vía oral, duran varias horas, aumento de la actividad psíquica, la capacidad de concentración y el rendimiento físico; suprime la sensación de fatiga; euforia; retrasa la aparición del sueño, y disminución del apetito.

Aparato cardiovascular: taquicardia, hipertensión y arritmias en dosis altas.

Musculatura lisa:

- Ocular: midriasis, aumento de la presión intraocular.
- Digestiva: disminución del peristaltismo y de las secreciones.
- Bronquial: relajación.
- Vesical: dificulta la micción al contraer el esfínter de la vejiga.

Metabolismo: ligero aumento.

ANFETAMINAS

TOLERANCIA, DEPENDENCIA Y ABSTINENCIA

El abuso de anfetaminas puede generar tolerancia, dependencia física y psíquica, aunque es fundamentalmente psicológica.

COMPLICACIONES ORGÁNICAS

Consecuencia de la vasoconstricción e hipertensión arterial:

- Hipertensión arterial grave, taquiarritmias, miocardiopatías.
- Convulsiones, hipertermia.
- Insuficiencia renal aguda.
- Colitis isquémica, lesiones hepáticas.
- Deshidratación.
- Hemorragias cerebrales.

DROGAS DE «SÍNTESIS»

Mal llamadas «de diseño», cuya única denominación obedecía a los intereses de marketing de sus distribuidores.

FENILETILAMINA

Principales tipos:

- MDMA, éxtasis, Adán o XTC.
- MDA o droga del amor.
- MDMEA o Eva.
- Metanfetamina, speed, hielo.
- DOM, DOB o STP (serenidad, tranquilidad, paz).
- MBDB.
- PMA.
- GHB o éxtasis líquido.

MDMA (3,4-Metilendioxi-metanfetamina)

EFFECTOS BUSCADOS

1/2 - 1 hora con dosis de 40-150 mg y pueden durar hasta 4 h.

Las principales sensaciones son:

- Euforia.
- Aumento de la percepción visual y auditiva.
- Reducción de la sensación de hambre y sed.
- Reducción del cansancio y del sueño.
- Aumento de la autoestima.
- Aumento de la sensibilidad emocional.
- Afectividad y empatía.
- Desinhibición y locuacidad.

MDMA (3,4-Metilendioxi-metanfetamina)

EFFECTOS NEGATIVOS

Taquicardia, insomnio, pérdida del apetito, sudoración anormal, sequedad de boca, tensión mandibular, movimientos compulsivos de lengua y boca, sofocación, temblor, náuseas, disminuye la concentración, y cambia la percepción de los colores.

EFFECTOS RESIDUALES

Insomnio, anorexia, depresión, agotamiento, irritabilidad, ansiedad, dolores de cabeza y musculares.

Efectos negativos provocados por las sustancias adulterantes.

MDMA (3,4-Metilendioxi-metanfetamina)

TOLERANCIA, DEPENDENCIA Y 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»).

Esta pérdida del efecto buscado dificulta la existencia de consumidores crónicos mantenidos en el tiempo (dependencia).

MDMA (3,4-Metilendioxi-metanfetamina)

COMPLICACIONES

Agudas: Son frecuentes la aparición de náuseas, mareo, nistagmo, trismus, 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.

Crónicas: 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.

SPEED (Clorhidrato o Sulfato de metanfetamina)

VÍA 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 EUA., Canadá y más recientemente en algunas zonas de Europa Central, se está difundiendo el uso intensivo de base libre de metanfetamina (meth, ice, cristal, cranck) a través de vía fumada o inyectada por vía intravenosa.

SPEED (Clorhidrato o Sulfato de metanfetamina)

EFECTOS BUSCADOS

Euforia, estimulación, disminución del cansancio y sueño. Energía.

Intoxicación aguda: 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: puede dar lugar a alteraciones motoras relacionadas con toxicidad sobre el sistema dopaminérgico. Se han descrito cuadros de nefrotoxicidad, neurotoxicidad y hepatotoxicidad.

GHB (Gamma-Hidroxi-Butirato) «Éxtasis líquido»

FORMAS DE CONSUMO

El mal llamado éxtasis líquido, GHB, puede encontrarse en polvo o, con mayor frecuencia, como líquido incoloro, transparente y de sabor ligeramente salado. Se suele consumir 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: cuadros de nefrotoxicidad, neurotoxicidad y hepatotoxicidad.

GHB (Gamma-Hidroxi-Butirato) «Éxtasis líquido»

EFECTOS BUSCADOS

Desinhibición y euforia, incremento de la sensualidad.

EFECTOS ADVERSOS AGUDOS

Son frecuentes la aparición de náuseas, vómitos o cefalea. La intoxicación aguda consiste en la 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.

GHB (Gamma-Hidroxi-Butirato) «Éxtasis líquido»

TOLERANCIA, DEPENDENCIA Y ABSTINENCIA

Produce tolerancia con rapidez.

La supresión brusca después del uso habitual puede dar lugar a la aparición de un síndrome de abstinencia (convulsiones, alucinaciones visuales, fiebre, etc.) que puede llegar a ser mortal.

Puede producir dependencia.

Consumidores crónicos mantenidos en el tiempo (dependencia).

KETAMINA (Clorhidrato de ketamina)

Se trata de un anestésico disociativo utilizado en grandes quemados y veterinaria.

FORMAS DE CONSUMO

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

Es conocido como «K», «Special K» o «Kit-Kat».

KETAMINA (Clorhidrato de ketamina)

EFECTOS BUSCADOS

Sensación de ingravidez, distorsiones sensoriales leves, estados disociativos.

EFECTOS ADVERSOS

Agudos: náuseas, vómitos o cefalea. La intoxicación aguda consiste en un cuadro de disminución del nivel de conciencia acompañado de un estado disociativo profundo. En este estado son frecuentes episodios alucinatorios del tipo experiencia cercana a la muerte (visión de túnel y luz, fusión con la eternidad, etc.), psicosis tóxica aguda.

Crónicos: problemas de memoria y concentración, deterioro de habilidades lingüísticas y la aparición de trastorno persistente de la percepción por alucinógenos (TPPA o flashbacks).

Sesiones
clínicas
en APS

KETAMINA (Clorhidrato de ketamina)

TOLERANCIA, DEPENDENCIA Y ABSTINENCIA

Induce tolerancia con rapidez.

Parece que puede inducir cuadros de dependencia psicológica intensa en algunas personas.

ALUCINÓGENOS

Psicodélicos, psicomiméticos o psicodislépticos: sustancias que producen alteraciones sensoriales en el sujeto que las consume.

Naturales: psilocibina, mescalina, morning glory, amanita muscaria, nuez moscada.

Sintéticos: LSD 25, PCP o feniciclidina, clorhidrato de ketamina.

EFECTOS LSD

Dosis media eficaz: 50-75 mg, aparecen a los 45 min, pico: 4-5 h, desaparece en 12 h.

1. Sensación de tensión interior que se alivia riendo, llorando, etc.
2. Estado de euforia.
3. Cuadro característico, síntomas psicodislépticos que conforman «el viaje».

LSD

ALTERACIONES EN LAS FUNCIONES PSICOLÓGICAS

1. **Estado emocional:** los estímulos externos, cualquier asunto ordinario tiene un simbolismo extraordinario, estado depresivo, estado eufórico o de la alegría a la ansiedad pasando por el miedo.
2. **Percepción:** se agudizan la vista, los colores, las profundidades, los pequeños detalles se hacen fascinantes, distorsión de las formas y contornos de los objetos, son pseudoalucinaciones. Aparecen también auténticas alucinaciones, aunque son mucho menos frecuentes.

Se pierde la orientación temporal mezclando pasado y futuro, el tiempo puede acelerarse o ralentizarse.

En lo que respecta al oído, los ruidos de fondo se oyen con mayor nitidez, y aumenta la percepción musical, aparición de sinestias.

3. **Pensamiento:** aparecen muchas ideas de golpe que no se pueden verbalizar, disminución de la memoria reciente y de la capacidad de concentrarse y de atención.

LSD

EFECTOS ORGÁNICOS

Midriasis, taquicardia, hipertensión, anorexia, náuseas, piloerección, temblores, hiperreflexia, tensión muscular, incoordinación.

EFECTOS NEGATIVOS

El «mal viaje»: los efectos se perciben como extremadamente desagradables, aunque la dosis sea baja; es frecuente en sujetos con poca experiencia previa o en entornos inadecuados:

Reacciones psicóticas agudas, de disforia y ansiedad, que a veces desembocan en crisis de pánico, otras se acompaña de alucinaciones verdaderas, desorientación y confusión.

El cuadro suele remitir en 8-12 horas.

LSD

DEPENDENCIA Y TOLERANCIA Y ABSTINENCIA

- Tolerancia psicológica.

No ocasionan pautas de uso continuado durante períodos prolongados, suelen ser consumos esporádicos, separados por intervalos de semanas o meses.

- El cese del consumo no produce sintomatología de abstinencia.

EFFECTOS CRÓNICOS

Pueden aparecer problemas psiquiátricos de carácter permanente, en individuos vulnerables o con antecedentes psicóticos.

- Pueden aparecer flashbacks.
- Síndrome amotivacional, crisis de ansiedad y depresiones.

Alteraciones del pensamiento y la imaginación (atemorizantes), distorsión visual.

INTOXICACIÓN

Fiebre, depresión respiratoria, convulsiones, sequedad de piel, midriasis, nistagmo vertical y alucinaciones verdaderas.

BENZODIAZEPINAS

TOLERANCIA

- Se desarrolla rápidamente, alrededor de la semana de tratamiento, sin embargo a los ansiolíticos es más lenta.
- Existe tolerancia cruzada con el alcohol y otros sedantes.

DEPENDENCIA

El 35% de los pacientes con tratamiento superior a 4 semanas desarrollan dependencia.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

- **Síntomas menores:** ansiedad, insomnio, irritabilidad, náuseas, palpitaciones, inquietud, anorexia, sabor metálico.
- **Síntomas mayores** (menos frecuentes): convulsiones, estados confusionales, alteración de la percepción y el movimiento, contracciones musculares, hiperestesia sensorial, psicosis con ideas paranoides, ilusiones, y raramente alucinaciones.

SUSTANCIAS VOLÁTILES

EFECTOS

- **Inmediatos:** exaltación del humor, euforia y alegría, ocasionales alucinaciones, y trastornos de la conducta como agresividad e hiperactividad motora.
- **Después:** depresión del SNC, con somnolencia y confusión.
- **Si la inhalación continúa:** intoxicación grave parecida a la embriaguez etílica, con amodorramiento profundo e incluso pérdida de conciencia.
- **Además los efectos no deseados:** náuseas, vómitos, tos, lagrimeo, etc.
- **Muerte por:** arritmias, depresión respiratoria y asfixia, o neumonitis química fulminante.

Sesiones
clínicas
en APS

SUSTANCIAS VOLÁTILES

EFECTOS CRÓNICOS

Palidez y fatiga permanente.

Deterioro intelectual con disminución de la memoria y de la concentración, depresión, irritabilidad, conducta agresiva, encefalopatías y demencia.

Pérdida del equilibrio.

Anomalías hepáticas, afecciones renales, pulmonares, cardíacas, neuropatías, abdominales (dolor y hemorragias), trastornos musculares, alteraciones hematológicas.

Malformaciones fetales, etc.

TOLERANCIA, DEPENDENCIA Y ABSTINENCIA

Causan dependencia psicológica y también tolerancia.

HEROÍNA

- Heroína purificada, polvo blanco cristalino, muy fino e inodoro. El aspecto varía dependiendo de los procesos de purificación, y según el grado de pureza y origen, va de un blanco sucio, rosa, hasta marrón.
- Heroína china n.º 3 o *Brown Sugar*, procedente del triángulo de oro (Tailandia, Laos y Birmania), aspecto de gránulos pequeños del gris al marrón, y aparece mezclada con otras sustancias como cafeína, azúcares, estriknina, etc. (pureza 25-50%).
- Heroína china n.º 4 o tailandesa, más refinada, su aspecto va del blanco sucio, crema, amarillento al rosa (pureza 90%).

HEROÍNA

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN

Intravenosa: se mezcla el polvo con agua y se calienta, se añade para que se disuelva un ácido: acético, cítrico, vitamina C o zumo de limón.

Actualmente se utiliza menos (sobre todo por los nuevos usuarios), por los riesgos que conlleva el compartir material de inyección (infecciones, sida, etc.).

Actualmente se inhala, esnifándola por la nariz, fumándola mezclada con tabaco o calentándola y aspirando el humo resultante de su vaporización (chino).

EFFECTOS INMEDIATOS

Depresor del SNC, y como principal característica induce la relajación y las ensoñaciones, aliviando la ansiedad y el dolor:

- Efecto «flash» o «subidón», «sensación orgásmica», «oleada de placer» (5-15 min).
- Estado de relajación y sedación, somnolencia, apatía y letargia (3-5 h).

HEROÍNA

EFECTOS ORGÁNICOS

- **SNC:** analgesia, depresión respiratoria, náuseas y vómitos, miosis, hipertonía y rigidez muscular.
- **Aparato cardiovascular:** bradicardia, vasodilatación e hipotensión.
- **Aparato digestivo:** en estómago disminuye la secreción de jugos y enlentece la digestión, en intestino delgado retarda la absorción de alimentos y fármacos, y aparición de espasmos, en intestino grueso, estreñimiento.
- **Aparato urinario:** urgencias en la micción y retención urinaria.
- **Útero:** si está gestante provoca el parto, y depresión respiratoria del feto.
- **Piel:** vasodilatación y enrojecimiento cutáneo con prurito y sudoración.
- **Sistema inmunológico:** depresión inmunitaria.

HEROÍNA

EFFECTOS PSICOPATOLÓGICOS

Más del 75% presentan un trastorno psiquiátrico en algún momento de su vida, las patologías más comunes son:

- Depresión 50-75% (con tendencia suicida).
- Alcoholismo 25-40%.
- Trastorno de personalidad antisocial 25-40%.
- Fobias 10-20%.
- Esquizofrenia 6-10%.

HEROÍNA

COMPLICACIONES ORGÁNICAS

- Infecciosas: de la sangre, de los tejidos blandos, osteoarticulares, respiratorias, endocarditis, hepatitis, sida, derivados de su pauta de consumo que no de la propia droga.
- Pulmonares: asma bronquial, enfisema, etc.
- Neurológicas: convulsiones, encefalopatía, etc.
- Aparato locomotor: articulares, musculares con tumefacción, dolor, etc.
- Riñón: insuficiencia renal.
- Inmunoematológico: inmunodepresión (herpes), anemia, trombosis, etc.
- Aparato digestivo: parálisis intestinal, pancreatitis aguda, hepatitis, etc.

HEROÍNA

SINTOMATOLOGÍA DEL SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Aparece 8 y 15 h después de la última dosis, el mono alcanza su techo entre las 30 a 50 h y va desapareciendo a lo largo de 2 semanas:

- **1ª Fase. (8 y 15 h después):** rinorrea, lagrimeo, bostezos y sudoración.
- **2ª Fase. (A las 24 h):** «carne de gallina», midriasis, agitación, temblores, contracciones musculares, ramalazos de calor y frío, dolores musculares y óseos, y anorexia.
- **3ª Fase. (De las 25 a 50 h):** se intensifican todos los síntomas, además insomnio, náuseas, taquicardia, taquipnea, hipertensión, etc.
- **4ª Fase:** se intensifican todos los síntomas, y aparecen vómitos, diarrea y deshidratación, a veces colapso y muerte.

HEROÍNA

INTOXICACIÓN AGUDA

- Fase de excitación con agitación, inquietud, zumbidos de oídos, sed intensa, etc.
- Fase de depresión, aparece coma profundo, depresión respiratoria, miosis intensa.

Síntomas:

- Cardiovasculares: arritmias, bradicardia e hipotensión, pudiendo desencadenar un *shock*.
- Respiratorios: depresión respiratoria, broncoconstricción, edema agudo de pulmón, y tórax «en tabla».
- Neurológicos: somnolencia que según la dosis puede llegar a coma profundo, contracturas musculares y convulsiones, miosis puntiforme y simétrica.

MORFINA

Morfo, Mor, Sta. Enma, Casa Blanca.

Principal alcaloide del opio, se aisló a finales del S. XIX.

Extracción: disolución del opio crudo en agua, tratado con cal y filtración, añadiendo cloruro de amonio el precipitado obtenido se separa y se purifica más con otros productos químicos resultando un polvo cristalino blanco suave el tacto y sabor amargo.

Primeros morfinómanos: los heridos de las guerras debido a sus potentes propiedades analgésicas. Actualmente se utiliza en medicina para aliviar enfermedades sobretodo terminales que cursan con gran dolor.

Pastillas y solución oral (sulfato de morfina, MST continus).

Ampollas (cloruro mórfico), IV o SUBC.

Indeseables efectos secundarios.

OTROS OPIÁCEOS

CODEÍNA

Alcaloide del opio, calmante pero mucho menos potente y con pequeños efectos sedantes. Dolores moderados y tos.

Menor riesgo de crear dependencia o efectos tóxicos, adicción solo dosis y el síndrome de abstinencia es menos severo.

Efectos secundarios: estreñimiento, náuseas, vómitos, vértigo y somnolencia. dosis inquietud y excitación y, en niños, convulsiones.

METADONA

Es un potente analgésico similar a la morfina pero sin efecto sedante tan fuerte.

Deshabitación a la heroína: neutraliza la euforia y evita la aparición de abstinencia, con efectos más duraderos se puede administrar una vez al día, reduciendo la dosis lenta y progresivamente.

OTROS OPIOIDES SINTÉTICOS

Petidina o meperidina (Dolantina), pentazocina (Sosegón), fentanilo (Fentanest, Thalamonal), buprenorfina (Buprex), dextropropoxifeno (Deprancol).