

Alcohol y otras drogas ¿Cuándo sospechar y cómo actuar en la consulta?

F. Caudevilla Gállego. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Experto Universitario en Drogodependencias. Miembro del Grupo de Intervención en Drogas de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Asesor Médico de la ONG Energy Control (ABD). C.S. Puerta Bonita I. SERMAS Madrid.

Resumen

La drogadicción es un problema de salud pública por su prevalencia, su trascendencia y su vulnerabilidad, en la adolescencia. Las drogas más consumidas en esta etapa (menos de 18 años) son el alcohol, el tabaco, el cannabis y los tranquilizantes. El alcohol es con mucho la más importante y si pensamos que en España está prohibido su uso en menores, se trata pues de una droga ilegal. Las drogas se toman para buscar placer, pero junto a esto están los riesgos y estos dependen de la sustancia, el adolescente y el marco en que se consumen. Los riesgos pueden ser agudos, crónicos, psiquiátricos, que afecten a la memoria, produzcan dependencia o tengan repercusiones penales. Los pediatras tenemos mucho que aportar a la prevención y el tratamiento de estos consumos. La entrevista motivacional es la herramienta más potente en la consulta. Se trata de convencer, persuadir y motivar sobre las ventajas de conseguir lo mismo que las drogas pero de una forma que podríamos llamar más saludable. La prevención empieza desde la primera infancia, facilitando un buen vínculo que aporte seguridad y buena comunicación. Seguimiento de unos hábitos de vida donde ayudemos a los hijos a buscar la fuente de placer alejados del mundo del consumo de tóxicos y en valores que satisfagan las necesidades superiores.

Palabras clave: *Adolescencia, drogas, alcohol, entrevista motivacional*

Abstract

Drug addiction is a public health problem because of its prevalence, transcendence and vulnerability in adolescence. The drugs most consumed at this stage (less than 18 years) are alcohol, tobacco, cannabis and tranquilizers. Alcohol is by far the most important and if we think that in Spain is prohibited its use in minors, it is therefore an illegal drug. Drugs

are taken to seek pleasure, but along with this are the risks and these depend on the substance, the adolescent and the framework in which they are consumed. Risks can be acute, chronic, psychiatric, memory-related, addictive, or have criminal repercussions. Pediatricians have much to contribute to the prevention and treatment of these consumptions. The motivational interview is the most powerful tool in the consultation. It is about convincing, persuading and motivating about the advantages of getting the same thing as drugs but in a way that we could call healthier. Prevention begins in early childhood, facilitating a good bond that provides security and good communication. Followed by some habits of life where we help the children to seek the source of pleasure away from the world of toxic consumption and values that satisfy the higher needs.

Keywords: *Adolescence, drugs, alcohol, motivational interview*

Introducción

A lo largo de los últimos veinte años los patrones de consumo de drogas han experimentado cambios muy importantes. Durante la década de los ochenta los problemas más importantes relacionados con las drogas fueron los provocados por la heroína. Las circunstancias relacionadas con el uso de esta sustancia (alto potencial de adicción, deficientes condiciones higiénicas, uso intensivo por vía parenteral, adulteración, mitificación de la sustancia...) derivaron en una asociación con marginalidad y delincuencia. Esta relación se complicó todavía más con la emergencia de patología infecciosa (tuberculosis, hepatitis y sobre todo la pandemia del VIH-SIDA). La conjunción de todos estos factores llevó a una crisis sanitaria y social sin precedentes cuyas consecuencias aún se sufren.

A lo largo de los últimos veinte años los patrones de consumo de drogas han experimentado cambios muy importantes

Nuevas pautas de consumo

En el momento actual la problemática derivada del uso de heroína es aún prevalente en ciertas poblaciones marginales. Pero el fenómeno más llamativo es la aparición de nuevos patrones de consumo claramente diferenciados de este fenómeno. El uso de otras drogas diferentes a la heroína ha experimentado un crecimiento exponencial durante las dos últimas décadas. Algunos ejemplos de este cambio pueden encontrarse en la expansión y normalización social del consumo de derivados del cannabis o la popularización de la 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA, éxtasis) asociada a la cultura de la música de baile. El redescubrimiento de sustancias utilizadas desde hace décadas como la metanfetamina (speed) o la dietilamida de ácido lisérgico (LSD) coexiste con nuevas sustancias sintéticas (ketamina, gamma-hidroxibutirato (GHB), 2C-B...) o alucinógenos de origen vegetal (Psilocybes spp, Amanita muscaria, Salvia divinorum...).

Una nota distintiva de estos nuevos patrones de consumo es su vinculación estrecha a espacios lúdicos. Frente a la heroína, alrededor de cuyo uso se estructura la vida del adicto, el uso recreativo de drogas se configura como un elemento más del tiempo de ocio. Si los opiáceos se asocian con exclusión social y enfermedad, la mayoría de los usuarios recreativos van a ser en principio personas sanas y con buena integración social. El consumo de estas sustancias va a ser característico (aunque no exclusivo) de los segmentos de población que hacen del tiempo de ocio una de sus señas de identidad: los jóvenes y adolescentes.

Algunos datos epidemiológicos

El alcohol es la sustancia psicoactiva de consumo más extendido entre los estudiantes de 14 a 18 años

El alcohol es la sustancia psicoactiva de consumo más extendido entre los estudiantes de 14 a 18 años. En 2014, el 78,2% lo había probado alguna vez, un 76,8% lo había consumido en el último año y el 68,2% en el último mes. Entre los consumidores habituales casi todos (99,8%) habían bebido en fin de semana, mientras que sólo un 39,3% lo había hecho en días laborables. En cuanto a la frecuencia, un 23% de los estudiantes había bebido todos los fines de semana. En 2014 un 56,2% de los estudiantes de 14-18 años se había emborrachado alguna vez en la vida y el 22% lo había hecho en el último mes (29,4% chicos, 28,7% chicas). En los últimos años el consumo de bebidas de alta graduación entre los jóvenes ha sustituido al patrón tradicional mediterráneo. Fenómenos sociales como el del *botellón* dan cuenta de la importancia del consumo de alcohol entre los jóvenes, si bien la imagen que se transmite a través de los medios de comunicación es en muchas ocasiones sobredimensionada y alarmista.

El tabaco es la segunda sustancia más consumida entre adolescentes de 14 a 18 años. En 2014 un 38,4% de los estudiantes de 14-18 años afirmaba haber fumado tabaco alguna vez en la vida y un 25,9% afirmaba haber fumado en los últimos 30 días. La edad media de inicio fue la más temprana de todas las drogas consideradas (13,3 años) y se ha mantenido más o menos estabilizada en los últimos 10 años, siendo similar para ambos sexos. La edad media de inicio en el consumo diario se produce un año más tarde (14,3 años). En contraposición con el resto de las drogas, las prevalencias de consumo son superiores en mujeres que en varones, lo que traduce un cambio epidemiológico importante con probables repercusiones de Salud Pública a medio y largo plazo. El tabaco es la única droga cuyas prevalencias de consumo han disminuido en estudiantes de forma mantenida durante la última década.

En 2014 un 16% de los estudiantes había consumido tranquilizantes o somníferos con o sin receta alguna vez en la vida, un 6% en el último año y un 5,2% en el último mes. La prevalencia de consumo sin receta fue inferior, con cifras de 7,8%, 5,3% y 3% respectivamente. Al contrario de lo que ocurre con las drogas ilegales, su consumo está más extendido entre las chicas que entre los chicos. La mayoría de los consumos son esporádicos, aunque se observa un incremento significativo de las frecuencias de consumo en los últimos años. El uso de tranquilizantes sólo comenzó a explorarse en el ESTUDES a partir del 2006, y sus prevalencias ocasionales son significativas. Probablemente una de las medidas de prevención más sencillas y eficientes desde el ámbito sanitario sea el advertir a los padres de la necesidad de tener especial vigilancia con este tipo de medicaciones cada vez que son prescritas.

El cannabis es la droga ilegal más consumida por los estudiantes de 14 a 18 años con bastante diferencia sobre las demás

El cannabis es la droga ilegal más consumida por los estudiantes de 14 a 18 años con bastante diferencia sobre las demás. En 2008 un 29,1% lo había consumido alguna vez en la vida, un 25,4% en el último año y un 18,6% en los últimos 30 días. El consumo de cannabis ha experimentado una estabilización en la última década. La población escolar presenta prevalencias de consumo superiores a la población general: el 20,3% de los adolescentes ha probado el cannabis alguna vez en su vida y el 10,7% lo ha consumido durante el último mes. Con respecto a la edad de inicio en el consumo se observa un leve descenso durante la última década (14,7 años en 2004 frente a 15,1 en 1994).

La cocaína y el resto de las drogas ilegales (drogas sintéticas como la 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA, éxtasis), anfetaminas (speed), ketamina, GHB...) presentan prevalencias de consumo menores en población general y escolar. La tabla 1 resume las características de las drogas ilegales de consumo más prevalente entre adolescentes y jóvenes.

Un detalle epidemiológico de importancia es la diferencia de consumo en los extremos de la población encuestada (14 y 18 años). Las prevalencias de consumo para las drogas ilegales son

mucho más elevadas en el extremo superior (18 años) que en el inferior. Este hecho debería implicar diferencias en las estrategias preventivas en las distintas edades. En todos los casos el uso ocasional es mucho más frecuente que el reciente. En cualquier caso, las drogas legales (alcohol, tabaco y benzodiacepinas), además del cannabis, constituyen el grueso del problema del consumo de drogas en edad adolescente y la mayoría de los esfuerzos preventivos deberían ir destinados hacia estas sustancias^(1,2).

Placer, riesgo, moral, salud...

El consumo de drogas puede tener impacto en la salud de las personas. Desde la adolescencia las drogas pueden actuar como factores de riesgo para la salud. Pero un error fundamental a la hora de abordar el tema constituye el considerar que el consumo de drogas es, simplemente, un conjunto de riesgos y problemas a evitar.

La tolerancia social hacia las drogas legales es mucho más elevada que la que existe hacia las drogas ilegales, desde la perspectiva de la mayoría de los adultos (padres, profesores y profesionales sanitarios). Los consumos de drogas ilegales suelen generar mucha más alarma que los de alcohol y tabaco, si bien como acabamos de ver estos últimos son mucho más frecuentes y sus consecuencias sanitarias mucho más graves a nivel epidemiológico. Por otro lado, conviene recordar que los motivos por los que algunas drogas son ilegales son de orden económico, social y sobre todo moral. La clasificación de drogas en legales o ilegales no está basada en criterios científicos ni en una evaluación objetiva de sus riesgos. Aunque esta ponencia está centrada en las drogas ilegales, el ámbito más propio de Pediatría es, además del cannabis, el del alcohol y el tabaco.

Así, olvidar los elementos culturales, antropológicos, históricos, psicológicos y sociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas hace que las estrategias preventivas estén abocadas al fracaso. La "sexualidad humana" es un concepto mucho más amplio y rico que "las infecciones de transmisión sexual" y cualquier programa de prevención sobre ITSs deberá considerar todos estos elementos. De la misma forma, el consumo de drogas es una conducta humana 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 es evidente que también pueden presentarse consecuencias negativas a corto, medio o largo plazo. Por otra parte, aunque la salud es un valor a proteger y fomentar, convendrá no tomar su importancia de forma absoluta. Experiencias como montar a caballo, hacer un viaje de aventura, bucear, montañismo...son socialmente aceptadas a pesar de que implican riesgos y, desde un punto de vista estrictamente sanitario deberían considerarse como "peligrosas". Ahora bien, las personas no buscamos sólo aquellas conductas que son sanas y evitamos las que son peligrosas, sino que existen otro tipo de motivaciones que deben ser consideradas en su justa medida.

Un error fundamental a la hora de abordar el tema constituye el considerar que el consumo de drogas es, simplemente, un conjunto de riesgos y problemas a evitar

El consumo de drogas es una conducta humana en la que se ponen en juego consecuencias potenciales positivas (placer) y consecuencias potenciales negativas (riesgos)

Algunos riesgos frecuentes en la adolescencia

Los riesgos y problemas asociados al consumo de drogas son de muy diversa índole e importancia. Para valorarlos es siempre fundamental considerar tres factores distintos: la sustancia o sustancias (considerando su farmacología, vía de administración, frecuencia de consumo...), el individuo que la consume (sexo, edad, patología orgánica o psiquiátrica previa...) y el marco en el que se realiza el consumo. De forma general podemos distinguir entre:

Talleres simultáneos

Alcohol y otras drogas. ¿Cuándo sospechar y cómo actuar en la consulta?

El manejo del paciente intoxicado puede complicarse por el policonsumo de distintas sustancias en una misma ocasión y el desconocimiento sobre el contenido real de lo que se ha consumido

Los depresores como los opiáceos o el GHB producen una disminución del nivel de conciencia que puede llevar al coma y muerte por depresión respiratoria

Aunque no existe evidencia de efectos neurotóxicos permanentes con el uso ocasional de dosis habituales, es probable que los consumidores crónicos de grandes dosis puedan estar expuestos a este riesgo

- Efectos adversos: Ciertas pautas de consumo de algunas sustancias (estimulantes, MDMA...) conllevan la aparición de síntomas inespecíficos de tipo psicológico durante los días siguientes al consumo: cansancio, irritabilidad, anorexia, somnolencia, insomnio, cambios en el estado de ánimo, distimia... En el consumo ocasional estos síntomas suelen ser autolimitados y probablemente pasarán desapercibidas. Pero estas alteraciones pueden manifestarse de forma clínicamente significativa en consumidores habituales (o susceptibles a este tipo de efectos) en forma de disminución del rendimiento escolar, alteraciones en la vida familiar...
- Intoxicación aguda: La farmacología de cada una de las sustancias define las características del cuadro de intoxicación aguda así como su gravedad. El manejo del paciente intoxicado puede complicarse por el policonsumo de distintas sustancias en una misma ocasión y el desconocimiento sobre el contenido real de lo que se ha consumido. En algunos casos los síntomas de la intoxicación son de tipo psiquiátrico (cannabis, LSD...): ansiedad, angustia, despersonalización, desrealización, alucinaciones...con escaso o nulo riesgo orgánico. La intoxicación por estimulantes suele cursar con síntomas y signos de sobreestimulación (taquicardia, hipertensión, convulsiones...). Los depresores como los opiáceos o el GHB producen una disminución del nivel de conciencia que puede llevar al coma y muerte por depresión respiratoria.
- Toxicidad orgánica: Las drogas pueden producir efectos tóxicos sobre distintos órganos (hígado, riñón, sistema cardiovascular, cerebro...) dependiendo de la dosis utilizada, frecuencia de uso, vía de administración, susceptibilidad individual y la propia toxicología de la sustancia. Aunque los casos de toxicidad grave son poco frecuentes pueden revestir mayor importancia en el adolescente, cuyo organismo no se ha terminado de desarrollar por completo.
- Problemas psiquiátricos: Se ha comunicado una mayor incidencia de trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y psicosis en usuarios de drogas como el cannabis, éxtasis y alucinógenos. Pero el origen de las enfermedades psiquiátricas es casi siempre multifactorial, por lo que en la mayoría de los casos el consumo de drogas no puede considerarse como el único factor etiológico. Pese al aumento exponencial del uso de sustancias en las últimas décadas no se han comunicado incrementos en la incidencia o prevalencia de ninguna enfermedad mental. La edad en la que se manifiestan la mayoría de los trastornos psiquiátricos coincide con aquella en la que comienzan los primeros consumos, por lo que establecer una relación causal resulta complicado. En algunos casos el consumo de drogas puede traducir un intento de automedicación. Los estudios longitudinales sugieren que, en la mayoría de los adolescentes consumidores de drogas con diagnósticos psiquiátricos, los síntomas de patología mental preceden en el tiempo al consumo de sustancias. Así, aunque algunas drogas (estimulantes, MDMA, cannabis, alucinógenos) pueden desencadenar un trastorno latente en personas predispuestas, este riesgo no parece extrapolable a la población general ^(3,4,5).
- Trastornos de memoria: Entre las distintas alteraciones neuropsicológicas asociadas al consumo de drogas los trastornos en la memoria son los más frecuentemente mencionados. Este riesgo debe ser valorado con especial interés ya que la adolescencia y juventud son etapas de formación académica que, en algunos casos puede verse afectada por el uso de sustancias. Existe cierta evidencia de que el uso crónico de cannabis puede repercutir sobre la capacidad de aprendizaje y memoria a corto plazo. Estas alteraciones no parecen indicar un efecto neurotóxico crónico sino que se relacionan con la exposición aguda y son reversibles con la abstinencia. La MDMA es otra sustancia que se ha asociado a trastornos de memoria. Aunque no existe evidencia de efectos neurotóxicos permanentes con el uso ocasional de dosis habituales, es probable que los consumidores crónicos de grandes dosis puedan estar expuestos a este riesgo⁽⁶⁾.

- **Dependencia:** Los cambios neuroadaptativos que produce el consumo crónico de algunas drogas (alcohol, benzodiacepinas, opiáceos...) facilitan la aparición de dependencia física ante consumos continuados durante largo tiempo. Muchas de las sustancias no producen un síndrome de abstinencia (cannabis, alucinógenos...) o producen tolerancia de una forma tan rápida que hacen casi imposible su administración cotidiana (MDMA, alucinógenos...). Los consumos episódicos (experimentales u ocasionales) son mucho más frecuentes que los sistemáticos (habituales o compulsivos). Así, considerando las drogas y los patrones de consumo habituales entre los adolescentes y jóvenes, el diagnóstico de drogodependencia es infrecuente. La elevada tolerancia social hacia algunas drogas (legales) dificulta el reconocimiento de problemas asociados.
- **Problemas legales:** La tenencia de drogas ilegales destinada al consumo propio en espacios públicos es sancionada con multa, que puede sustituirse por un tratamiento de desintoxicación (ciertamente poco motivacional). La venta de drogas, incluso en pequeñas cantidades, supone un delito de tráfico de drogas castigado por vía penal.

¿Mi hijo se droga?

Una situación frecuente dentro del entorno de Pediatría es aquella en la que la familia tiene dudas o evidencias más o menos directas (signos de intoxicación, hallazgos sospechosos en los bolsillos...) acerca del consumo de una droga (generalmente ilegal) por parte de alguno de sus hijos. Muchos de los síntomas clásicamente asociados al consumo desadaptativo de sustancias en adolescentes (alteraciones en el estado de ánimo, cambio de amistades o en la forma de vestir, apatía, desinterés, rebeldía, problemas de sueño y alimentación...) son muy poco específicos para detectar el consumo de drogas. Estas alteraciones pueden encontrarse en otras muchas patologías de tipo psicológico o en circunstancias vitales no patológicas, como la propia adolescencia.

La sospecha de consumo suele *pillar por sorpresa* a los padres, quienes sufren ansiedad intensa al encontrarse ante una situación que no saben cómo manejar. En muchas ocasiones la demanda directa es la solicitud de pruebas de tóxicos en orina para conocer si su hijo *se droga*. Este tipo de tests (y otros más sofisticados como parches que detectan drogas en sudor) pueden obtenerse a través de Internet o en farmacias sin prescripción facultativa. Desde una perspectiva médica, es importante señalar que este tipo de intervenciones no está justificado en casi ninguna ocasión. El uso de una prueba analítica para desenmascarar el consumo de un paciente es inaceptable a nivel ético, ya que vulnera los principios bioéticos de autonomía y confidencialidad, además de quebrar la relación médico-paciente (o padre-hijo si la prueba no ha sido solicitada por nosotros) y dificulta de forma muy grave cualquier tipo de intervención o abordaje posterior. Pero además, un resultado cualitativo (positivo o negativo) no nos aporta ninguna información sobre la frecuencia, intensidad, circunstancias y consecuencias del consumo.

Entrevista Clínica y Entrevista Motivacional

La Entrevista Clínica es el instrumento más importante que el Pediatra tiene a su alcance para valorar el consumo de drogas de un adolescente. Una anamnesis correcta es la herramienta de trabajo más eficiente, ya que tiene un bajo coste y se encuentra además al alcance de todos los profesionales. En muchas ocasiones se señala que este tipo de trabajo es muy difícil de abordar con el adolescente, que suele cerrarse y negarse a cualquier tipo de intervención, pero se trata más de un problema de falta de costumbre y habilidades por parte del profesional. Antes de

Muchos de los síntomas clásicamente asociados al consumo desadaptativo de sustancias en adolescentes (alteraciones en el estado de ánimo, cambio de amistades o en la forma de vestir, apatía, desinterés, rebeldía, problemas de sueño y alimentación...) son muy poco específicos para detectar el consumo de drogas

Una anamnesis correcta es la herramienta de trabajo más eficiente, ya que tiene un bajo coste y se encuentra además al alcance de todos los profesionales

Talleres simultáneos

Alcohol y otras drogas. ¿Cuándo sospechar y cómo actuar en la consulta?

lanzarse a interrogar al paciente es importante reflexionar los objetivos de la intervención: ¿qué vamos a explorar?, ¿cómo vamos a hacerlo? y, sobre todo ¿para qué? (cuales son los objetivos y qué plan de intervención posterior vamos a desarrollar).

A la hora de abordar un posible consumo de drogas en un adolescente existen elementos que deben ser tenidos en cuenta:

La confidencialidad es un elemento clave en la relación médico-paciente

- La confidencialidad es un elemento clave en la relación médico-paciente. En el entorno de Pediatría lo habitual es que el menor acuda acompañado de alguno de sus progenitores, en general por su madre. Pero la entrevista sobre drogas (y en general cualquier entrevista con un adolescente) debe llevarse a cabo sin la presencia de otras personas. Es conveniente pactar esto previamente con los padres y explicitar al paciente que la confidencialidad es un derecho suyo y una obligación nuestra. De forma general, sería conveniente que en la revisión de los 14 años existiera un espacio donde el Pediatra pueda entrevistarse con el paciente de forma privada, sin la presencia de otros adultos. Así puede facilitarse tanto el abordaje del consumo de drogas como el de otros temas como la sexualidad.

El Pediatra debe abordar el consumo de drogas desde una perspectiva estrictamente sanitaria y no moral

- Para cualquier persona, y mucho más para el adolescente, el hecho de hablar sobre ciertos aspectos de su vida privada relativos a conductas íntimas puede resultar incómodo. Es importante cuidar aspectos formales de la entrevista clínica (espacio físico adecuado y sin interrupciones, empatía, escucha activa, lenguaje no verbal...) que faciliten el proceso de la comunicación.

- El Pediatra debe abordar el consumo de drogas desde una perspectiva estrictamente sanitaria y no moral. Es fundamental evitar los juicios de valor y los estereotipos (*todos los consumidores de drogas son unos drogadictos, las personas que usan drogas tienen un problema de valores ...*)

- Muchos Pediatras son además padres de familia de hijos preadolescentes o adolescentes. Conviene tener claro la separación de ambos papeles (el profesional y personal) y, en el ámbito de la consulta, no actuar nunca como padres sino como médicos.

- Las preguntas deben ser abiertas y exploratorias, dando la oportunidad al paciente para explicarse de forma amplia (*¿Qué haces cuando sales de marcha?, ¿Te recoges pronto o eres de los que aguanta mucho?*). Es importante explorar los conocimientos, creencias y actitudes en torno a las drogas (*¿qué sabes del cannabis?*)

- Por el contrario, las preguntas cerradas (aquellas que pueden responderse con un "sí" o un "no") son percibidas como un interrogatorio y dificultan obtener información.

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

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

El uso de elementos y estrategias tomados del modelo de la Entrevista Motivacional puede ser útil a la hora de abordar el consumo de drogas en adolescentes. Este modelo concibe la terapia como el resultado de una colaboración entre el paciente y el profesional. Parte de la idea de que la principal dificultad a la hora de abandonar conductas adictivas se encuentra en la ambivalencia: la presencia de emociones contrapuestas con respecto al hábito. En la medida en la que el paciente, con la ayuda del profesional, sea capaz de resolver la ambivalencia, el cambio será más sencillo. Este modelo de intervención no es impositivo: la motivación hacia el cambio debe partir del paciente y nunca puede ser impuesta: la persuasión no es un método efectivo para resolver la ambivalencia.

El modelo define una serie de estadios (precontemplativo, contemplativo, acción, mantenimiento y recaída). En cada uno de estos estadios el paciente presenta características y necesidades distintas; el papel básico del profesional consiste en reconocer en qué estadio se encuentra el paciente para poder aplicar las estrategias más adecuadas en cada momento (intervenciones hacia el aumento de conciencia del problema, control de estímulos, facilitación de relaciones de ayuda...), además de ayudar a pasar al estadio siguiente. En definitiva, el reconocimiento de la fase en la que se encuentra el paciente es imprescindible para elegir la intervención más adecuada a su estado. El estadio de recaída no se considera como fracaso, sino como parte del proceso natural.

La Entrevista Motivacional tiene su aplicación fundamental dentro del tratamiento de integral de la patología adictiva, y su eficacia, eficiencia y efectividad se han comprobado en relación con el tabaco y el alcohol en población adulta. Muchos de sus elementos pueden ser adaptados y empleados en relación con el consumo de otras drogas en población adolescente sin necesidad de que exista una patología adictiva establecida como tal y ya existen experiencias positivas al respecto. El Pediatra tiene mucho que hacer en relación con el abordaje del consumo de drogas, pero antes de llevar a cabo cualquier intervención en drogas es imprescindible contar con una formación específica al respecto.

La Entrevista Motivacional tiene su aplicación fundamental dentro del tratamiento de integral de la patología adictiva, y su eficacia, eficiencia y efectividad se han comprobado en relación con el tabaco y el alcohol en población adulta

Tablas

Tabla 1: Características farmacológicas de las drogas ilegales más frecuentes

	Cannabis	Cocaína	MDMA (éxtasis)	Anfetamina (speed)	Ketamina	GHB	LSD
Vía de administración	Fumada Raramente oral	Intranasal Inyectada, Fumada Raramente oral o transmucosa	Oral Raramente intranasal	Intranasal Raramente oral o intravenosa	Intranasal Raramente intramuscular	Oral	Sublingual
Mecanismo de acción	Interacción con receptores del sistema cannabinoide endógeno	Estimulación de la liberación e inhibición de la recaptación de dopamina y noradrenalina	Inhibición de la recaptación de serotonina	Liberación de dopamina y noradrenalina	Antagonista de receptores NMDA	Interacción con los receptores GABA	Agonista y antagonista de receptores 5HT2
Dosis habitual	30-100mg	50-500 mg	60-120 mg	5-20 mg	30-75 mg	1-2 gr.	50-150 µgr
Comienzo de efectos	1-3 minutos	5-10 min	1 hora	1-5 minutos	5-15 minutos	10-20 minutos	20-60 minutos
Duración efectos	3-6 horas	1 hora	3-5 horas	4-6 horas	45-60 minutos	1-3 horas	6-14 horas
Detección en orina	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No

MDMA: 3,4-metilendioxi metanfetamina, GHB: Gamma hidroxibutirato, LSD: Dietilamida de ácido lisérgico, NMDA: N-metil-D-aspartato, GABA: Gamma aminobutírico

Tabla 2: Características clínicas de las drogas ilegales más frecuentes (I)

	Cannabis	Cocaína	MDMA (éxtasis)
Efectos deseados	Euforia, relajación Modificación de los patrones habituales de pensamiento Incremento en la percepción auditiva, visual y autopercepción, Incremento del apetito	Euforia. Estimulación Disminución del cansancio y sueño. Energía	Empatía. Incremento de la energía y sensualidad Bienestar Confianza y seguridad en uno mismo. Incremento en la percepción de la música. Hiperestesia táctil
Efectos adversos	Taquicardia Ansiedad Mareo Hipotensión ortostática Pensamientos obsesivos	Ansiedad, agresividad Palpitaciones Taquicardia, hipertensión Convulsiones	Nauseas Mareo Nistagmo Trismos, bruxismo Xerostomía Taquicardia, hipertensión Alteraciones inmunológicas Distimia
Efectos tóxicos	Psicosis tóxica aguda autolimitada	Psicosis paranoide Accidentes cardio y cerebrovasculares Arritmias Trastornos psiquiátricos	Hipertermia Hepatotoxicidad Hiponatremia Accidentes cerebrovasculares
Efectos a largo plazo	Alteraciones en la memoria a corto plazo durante periodos de uso frecuente	Psicosis paranoide Hepatotoxicidad Nefrototoxicidad Necrosis del tabique nasal	Posible neurotoxicidad (alteraciones en memoria y estado de ánimo)

Tabla 2: Características clínicas de las drogas ilegales más frecuentes (II)

	Metanfetamina (Speed)	Ketamina	GHB	LSD
Efectos deseados	Euforia. Estimulación Disminución del cansancio y sueño. Energía	Sensación de ingravidez. Distorsiones sensoriales leves. Estado disociativo	Desinhibición y euforia Incremento de la sensualidad	Ilusiones y alucinaciones. Alteraciones en percepción de tiempo y espacio. Alteración en conciencia y pensamiento
Efectos adversos	Distonias mandibulares. Diarrea. Anorexia. Ansiedad Apatía, depresión. Taquicardia, hipertensión	Nauseas y vómitos Cefalea Amnesia parcial	Cefalea Somnolencia Hipotonía muscular	"Mal viaje": cuadro de alucinaciones intensas y terroríficas.
Efectos tóxicos	Psicosis paranoide Accidentes cardio y cerebrovasculares Trastornos psiquiátricos	Coma acompañado de estado disociativo profundo	Coma, en ocasiones con depresión respiratoria	Psicosis aguda
Efectos a largo plazo	Psicosis paranoide Hepatotoxicidad Nefrototoxicidad Posible neurotoxicidad (alteraciones motoras).	Problemas de memoria y concentración Deterioro de habilidades lingüísticas Trastorno Persistente de la Percepción por Alucinógenos (flashbacks o reviviscencias).	No descritos	Trastorno Persistente de la Percepción por Alucinógenos (flashbacks o reviviscencias).

Bibliografía

1. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanza Secundaria en España 2014 (ESTUDES). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas. Madrid 2104

URL disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016_ESTUDES_2014-2015.pdf

2. Encuesta sobre alcohol y drogas en España 2013. DGPNSD. Observatorio español sobre drogas. Madrid 2013

URL disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_Informe_EDADES.pdf

3. Arseneault L, Cannon M, Poulton R et al. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ*. 2002 Nov 23;325(7374):1212-3.
4. Patton GC, Coffey C, Carlin JB et al. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ*. 2002 Nov 23;325(7374):1195-8
5. Lieb R, Schuetz CG, Pfister H et al. Mental disorders in ecstasy users: a prospective-longitudinal investigation *Drug Alcohol Depend*. 2002 Oct 1;68(2):195-207
6. Grant, I., Gonzalez, R., Carey, C. L., Natarajan, L., Wolfson, T. Non-acute (residual) neurocognitive effects of cannabis use: a meta-analytic study. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS* 2003, 5, 679-689.