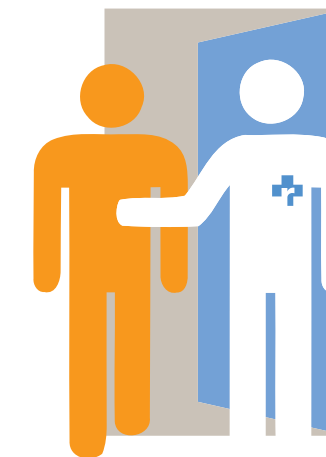




DROGAS Y ATENCIÓN PRIMARIA

Guía práctica de intervención
sobre el abuso de alcohol
y otras drogas



Edita	Gobierno de La Rioja
	Consejería de Salud
	Dirección General de Salud Pública y Consumo
	Servicio de Drogodependencias
Autores	Teresa Salvador Llivina y Juan del Pozo Iribarría
Consejo asesor	Jorge Olloqui Mundet
	Ruth Zabala Santolaya
	Antonio Puente de Haro
	Mónica Ochagavía Palacios
	Rosa María Soler Llorens
	Félix Fernández Suárez
	Luis Zanza Castro
Agradecimientos	Daniel Araúzo Palacios
	Verónica Casado Vicente

El papel de la Atención Primaria ante las drogas y el consumo de alcohol, está adquiriendo cada vez más relevancia, por la elevada comorbilidad del abuso de sustancias adictivas con otras patologías muy frecuentes en ese nivel de atención. En la práctica, el abuso de drogas aparece en la consulta del médico y la enfermera en forma de demandas directas de los usuarios o de sus familiares, a través de la detección de los consumos y abusos de drogas y alcohol en los análisis clínicos, y también «oculto» en otras patologías muy prevalentes en este nivel de atención como son los problemas de salud mental. No podemos olvidar tampoco el enorme impacto del consumo de psicofármacos sin prescripción médica o fuera de las pautas recomendadas, que en muchos casos se acaba convirtiendo en un problema de dependencia o abuso de los mismos.

Por todo ello, y por ser un campo en el que los profesionales de la Atención Primaria reconocen la falta de formación y de pautas de intervención, hemos elaborado esta Guía práctica con el fin de intervenir sobre los problemas de abuso de alcohol y otras drogas. Queremos hacer énfasis en el caso de abuso del alcohol y las consecuencias que éste tiene para la salud mental y física, ya que los propios profesionales reconocen en este problema un impacto muy significativo en su tarea cotidiana asistencial.

Las adicciones en Atención Primaria son la gran olvidada por su consideración de problema secundario dentro de las prioridades de intervención entre los profesionales de este nivel asistencial. Sin embargo, otras adicciones como el tabaquismo, tienen una carta de identidad como problema reconocido de salud que necesita ser abordado en este nivel asistencial. Pues bien, a través de esta Guía iniciamos una serie de iniciativas para lograr poner en el mismo nivel la intervención sobre el abuso de alcohol y otras drogas. Los profesionales ya disponen de la *Guía de tabaquismo para Atención Primaria*, y ahora dispondrán de la de alcohol y otras drogas, en un formato similar muy bien acogido.

La Ley de Drogodependencias de La Rioja y el Plan Riojano de Drogodependencias y otras adicciones, reconocen la importancia de la capacitación de los profesionales de Atención Primaria para la intervención desde este nivel, especialmente en la detección, valoración, intervención mínima pautada y la derivación a los recursos especializados de la Red de Salud Mental y Adicciones si fuera necesaria.

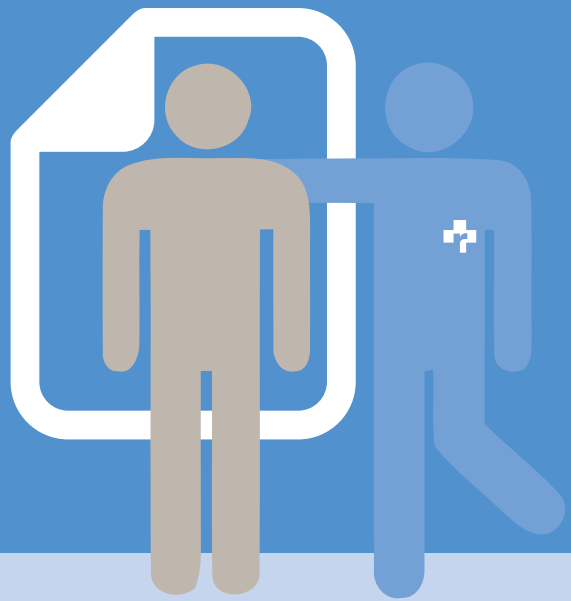
Estamos ante el primer instrumento de estas características que se pone a disposición de los profesionales de la Atención Primaria, que ha sido elaborado con la participación de un grupo asesor de médicos de familia y comunitaria, pertenecientes a la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, a los que queremos agradecer expresamente su colaboración. Gracias a ello, este material responde a las necesidades e intereses reales de los destinatarios de la Guía.

Espero que sea de interés y de gran utilidad en la tarea diaria de mejorar la salud de todos los riojanos y riojanas.

José Ignacio Nieto García
Consejero de Salud

DROGAS Y ATENCIÓN PRIMARIA

Guía práctica de intervención
sobre el abuso de alcohol
y otras drogas



DROGAS Y ATENCIÓN PRIMARIA

Guía práctica de intervención
sobre el abuso de alcohol
y otras drogas

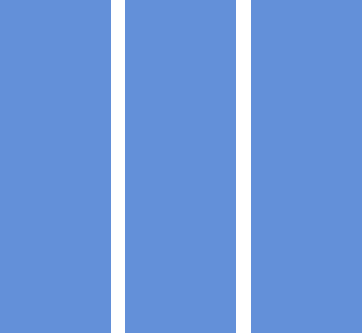
Edita	Gobierno de La Rioja Consejería de Salud Dirección General de Salud Pública y Consumo Servicio de Drogodependencias
Autores	Teresa Salvador Llivina y Juan del Pozo Iribarría
Consejo asesor	Jorge Olloqui Mundet Ruth Zabala Santolaya Antonio Puente de Haro Mónica Ochagavía Palacios Rosa María Soler Llorens Félix Fernández Suárez Luis Zanza Castro
Agradecimientos	Daniel Araúzo Palacios Verónica Casado Vicente

© de la edición: Gobierno de La Rioja
© de los textos: Teresa Salvador Llivina y Juan del Pozo Iribarría
© de las imágenes: Rafael Gordillo Chalóns

D.L.: LR-0-2010
ISBN: 000-00-0000-000-0

Índice

Qué ofrece esta guía	5
□ A quién se dirige	5
□ Apoyo para el trabajo cotidiano	5
□ Un enfoque breve, basado en la evidencia y orientado a la práctica	6
□ Lo que no incluye esta guía	7
Las drogas en la consulta	9
□ Situaciones frecuentes	9
□ Condiciones indispensables para iniciar una intervención	10
Paso I: Detección	11
□ Objetivos	11
□ Pacientes que se pueden beneficiar de un cribado pro-activo	11
Paso II: Evaluación	15
□ Objetivos	15
□ Un marco de partida: empatía y confidencialidad	15
□ ¿Son útiles o necesarias las pruebas fisiológicas?	16
□ Exploración	16
□ Instrumentos breves de apoyo para la evaluación	18
□ Otros factores a considerar	19
□ Diagnóstico	20
□ Pruebas complementarias	21
□ Comentar los resultados	22
Paso III: Actuación	23
□ Objetivos	23
□ Adecuación	23
□ Intervención breve	24
– Objetivos adecuados a cada situación	25
– Tiempo necesario	25
– Componentes	25
1. Reconocer y acotar el problema	26
2. Valorar la disposición para el cambio	28
3. Negociar objetivos y promover estrategias de cambio	30
□ Intervención familiar breve	33
– Componentes	33
1. Escuchar	35
2. Tranquilizar y desculpabilizar	35
3. Explorar, acotar	35
4. Orientar	36
□ Derivación	37
– Criterios de derivación	37
– ¿Dónde derivar?	38



Paso IV: Seguimiento	39
□ Supervisar los avances	39
□ Manejar los retrocesos	40
Resumen de la intervención: Árbol de decisiones	41
Claves de la actuación	42
Atención a situaciones de urgencia por intoxicación aguda	43
Selección bibliográfica para ampliar información	45

Qué ofrece esta guía

A quién se dirige esta guía

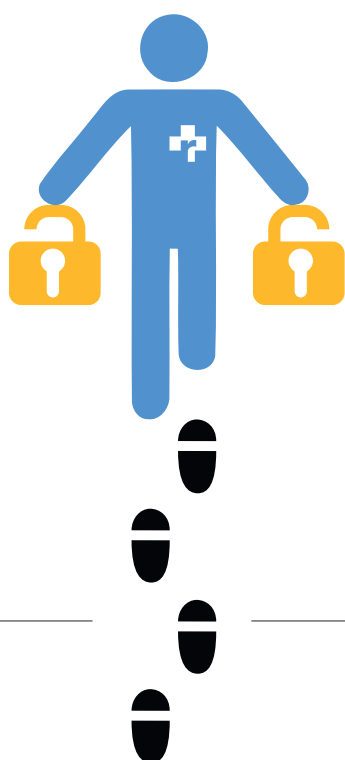
Esta guía proporciona orientaciones prácticas y recursos útiles para optimizar el trabajo y el esfuerzo cotidiano de todos los profesionales que trabajan en Atención Primaria, tanto desde la medicina de familia, como desde pediatría o la enfermería.

Si usted pertenece a alguno de estos grupos, esta guía se ha realizado pensando en sus necesidades.

Apoyo para su trabajo

Como ya sabemos, la Atención Primaria es el recurso social imprescindible para la promoción y atención a la salud de toda la población. Pero a la vez, esta función clave hace que recaigan sobre las y los profesionales de AP todo tipo de expectativas y demandas.

Partiendo de esta realidad, la guía no pretende proponer tareas añadidas a las que usted ya tiene diariamente en su consulta. Se ha realizado para proporcionarle orientación básica y basada en la evidencia, que le ayude en la tarea de responder eficazmente, considerando el poco tiempo de que dispone, al reto que plantean distintas situaciones relacionadas con el alcohol y otras drogas entre sus pacientes, y que frecuentemente no constituyen el motivo explícito de la consulta.



ESTA GUÍA LE PROPORCIONARÁ:

- ☐ Orientación.
- ☐ Criterios de intervención.
- ☐ Pasos a seguir.
- ☐ Apoyo práctico.
- ☐ Criterios de derivación.
- ☐ Instrumentos para cada situación.
- ☐ Información sobre recursos adicionales.
- ☐ Un glosario de términos sobre drogas, su uso y aspectos asistenciales relacionados con las sustancias psicoactivas.

Todo ello para responder eficaz y eficientemente al reto que frecuentemente plantean distintas situaciones relacionadas con el alcohol y otras drogas entre sus pacientes.

Un enfoque breve, basado en la evidencia y orientado a la práctica

En los últimos años se han incrementado las ofertas de formación y las publicaciones dedicadas a revisar las posibilidades de intervención sobre drogas desde la Atención Primaria.

La guía que ahora tiene en sus manos recoge de forma sintética, breve y actualizada:

- Las intervenciones que disponen de una **sólida base en la evidencia**.
- Las **recomendaciones básicas sobre cómo actuar** inicialmente según las necesidades de cada paciente.
- Los **criterios de intervención y derivación**, según las necesidades de cada caso.
- Los **instrumentos disponibles** para la detección, intervención breve y seguimiento de potenciales problemas relacionados con el alcohol y otras drogas.
- Las **interacciones** entre el alcohol u otras drogas de abuso y los medicamentos más frecuentes de uso terapéutico.
- La relación de **recursos especializados de La Rioja para la derivación**: tanto los de Salud Mental como los de Atención especializada en drogodependencias.



Esta Guía le ayudará a mejorar su bagaje profesional para el abordaje de distintos aspectos relacionados con el uso del alcohol y otras drogas entre sus pacientes. En especial a:

- IDENTIFICAR pacientes en situación de riesgo o con problemas ya establecidos relacionados con el alcohol u otras drogas.
- OPTIMIZAR su aproximación profesional a estas personas.
- Facilitar el acceso, la utilización e interpretación de PRUEBAS CLAVE DE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO.
- Disponer de CRITERIOS DE ACTUACIÓN basados en la evidencia.
- Mejorar y agilizar el CONTACTO y la DERIVACIÓN a recursos especializados.

Lo que no incluye esta guía

PREVENCIÓN. Esta Guía se centra en ofrecer apoyo al trabajo asistencial realizado en el marco de la consulta de Atención Primaria, por ello no incluye el abordaje preventivo que puede realizar el equipo de un Centro de Salud de la comunidad dónde se ubica.

Ello no implica que las actuaciones preventivas y de promoción de la salud en el ámbito comunitario no sean posibles y necesarias. Solo indica que requieren una aproximación distinta a la asistencial y, por tanto, se han excluido de los contenidos de esta Guía. Encontrará información sobre prevención de los problemas relacionados con las drogas en: <http://www.riojasalud.es/old/content/view/878/990/>

TABAQUISMO. Esta Guía se dedica a ofrecer orientación sobre intervenciones relacionadas con el consumo de alcohol, uso inadecuado de medicamentos y consumo de drogas ilegales. Por ello tampoco incluye pautas sobre intervención en tabaquismo. Si bien el tabaquismo constituye un problema adictivo con un impacto grave en la salud pública, su abordaje específico no se incluye en esta Guía porque el Servicio de Drogodependencias de la Consejería de Salud, ha considerado que este tema requiere una aproximación específica y por ello ha editado una Guía monográfica y diversos materiales de apoyo. Este material, editado por segunda vez en 2008, se denomina: *Intervención en tabaquismo desde la Atención Primaria de Salud* y está disponible en: <http://www.riojasalud.es/old/content/view/947/1173/>

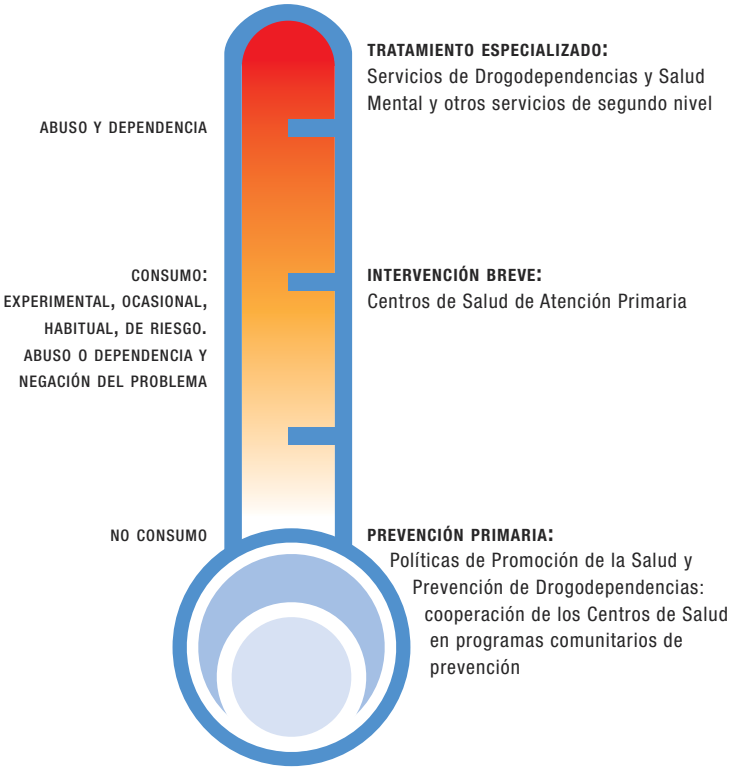
TRATAMIENTO ESPECIALIZADO DE DROGODEPENDENCIAS. La escasez de tiempo para el desarrollo de cada consulta es una realidad constante en Atención Primaria.

La presente guía no pretende que Ud. tenga que abordar el tratamiento de personas con problemas de dependencia al alcohol u otras drogas. Sólo pretende orientar su trabajo cotidiano para facilitar la detección, intervención breve y/o derivación, más adecuadas en cada caso.

Tal como muestra la figura 1, la Intervención Breve que se puede realizar en el marco de la Atención primaria constituye una estrategia que, además de facilitar su trabajo, se enmarca dentro de los distintos niveles de abordaje de los problemas relacionados con las drogas.

Su actuación profesional en este ámbito no debe implicar más tiempo del que usted dispone para atender a cada paciente, y en cambio es particularmente valiosa para personas que no cumplen los criterios de dependencia o para quienes, cumpliéndolos, se muestran inicialmente reticentes a acudir a un servicio especializado.

Figura 1. SITUACIÓN DE RIESGO RELACIONADO CON LAS DROGAS Y NIVELES DE ATENCIÓN ADECUADOS A CADA NIVEL DE RIESGO



Las drogas en la consulta

Situaciones frecuentes

El consumo de alcohol y otras drogas en nuestra sociedad hace que con bastante frecuencia Ud. tenga que atender a pacientes que presentan algún problema relacionado con el consumo de alcohol, el abuso de medicamentos y/o el uso de otras drogas.

Entre las situaciones más frecuentes destacan:

- El uso de **alcohol**: Personas con un consumo excesivo de alcohol, o con un problema de alcoholismo que no son conscientes de ello; pacientes que solicitan ayuda para dejar de beber.
- El abuso de **ansiolíticos** u otros psicofármacos: Es frecuente la demanda de recetas de psicofármacos (especialmente de Benzodiacepinas), o la detección de un uso abusivo de los mismos.
- El uso de otras drogas, especialmente el **cánnabis** o la **cocaína**.
- El **policonsumo** de distintas sustancias.
- Una **patología dual**. Es decir, junto al trastorno por uso de sustancias (abuso o dependencia) coexiste en su paciente un trastorno mental grave con tendencia a la cronicidad (pacientes diagnosticados de: esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión, trastorno de ansiedad, trastornos del humor, trastorno de la personalidad, o problemas afectivos diversos).
- **Padres y madres de adolescentes** que se preocupan por la situación de alguno de sus hijos en relación a las drogas.
- Muestran preocupación o solicitan **ayuda para desintoxicación personal o de algún familiar**.

Sin embargo, la existencia de un problema relacionado con las drogas no siempre aparece abiertamente en la consulta. A menudo Ud. debe atender a pacientes que:

- Tienen un problema y, por distintas razones, no lo explicitan.
- Presentan patologías relacionadas con el consumo de alcohol u otras drogas, sin ser conscientes de ello.
- Demandan ansiolíticos u otras sustancias psicoactivas.
- Presentan problemas socio-económicos o legales, potencialmente relacionados con el uso de drogas.
- Sufren un problema de comorbilidad o patología dual.



Condiciones indispensables para iniciar una intervención

Antes de plantearse cualquier intervención sobre drogas en la consulta, es necesario que Ud. considere la concurrencia de unos aspectos básicos en los que debe basarse toda actuación en este ámbito.

Los prerequisites que aseguran la viabilidad de la intervención y permiten disponer de las garantías necesarias sobre su efectividad tienen que ver, en primer lugar con asegurar la base en la evidencia de la actuación a realizar y, en segundo lugar, pero no menos importante, con valorar la disponibilidad de los recursos necesarios para desarrollarla. Sin estas condiciones, el inicio de cualquier actuación relacionada con las drogas puede resultar frustrante y desalentador.



Antes de iniciar cualquier actuación sobre drogas en su consulta, asegúrese de que su intervención se apoya en los tres pilares siguientes:

- Efectividad demostrada de la actuación para modificar de manera sustancial la historia natural del proceso. Siguiendo las propuestas de la guía que ahora tienen en sus manos, esta condición está garantizada.
- Garantía de continuidad de la atención de las personas sometidas a pruebas de cribado, idealmente desarrollada por el mismo equipo profesional que ha intervenido en la detección.
- Disponibilidad de medios para realizar la confirmación diagnóstica, así como para desarrollar una intervención adecuada, incluido el seguimiento posterior de los pacientes diagnosticados.

PASO I: Detección

Objetivos

- **Identificar a las personas que tienen —o se hallan en riesgo de desarrollar— algún problema relacionado con el consumo de alcohol u otras drogas.**
- **Valorar qué tipo de aproximación diagnóstica y asistencial es más apropiada para cada paciente.**
- **Conocer si su paciente está consumiendo alcohol o alguna otra droga cuya ingesta puede interaccionar negativamente con los fármacos cuya prescripción es adecuada para la patología que presenta.**

La identificación de pacientes con problemas relacionados con las drogas o en situación de riesgo de tenerlos, es más fácil cuando existe una demanda explícita al respecto. Cuando este sea el caso, puede pasar directamente al Paso II.

Sin embargo, con frecuencia, aun existiendo algún problema relacionado con el uso de drogas, hay personas que no lo manifiestan espontáneamente. En este caso es preciso adoptar una aproximación pro-activa.

Pacientes que se pueden beneficiar de un cribado pro-activo

La detección de abuso de alcohol u otras drogas es una tarea clínica similar a otras como por ejemplo, preguntar sobre hábitos de alimentación, ejercicio físico y descanso, o tomar la presión arterial.

En caso de que no lo plantee su paciente o algún familiar de su paciente, existen circunstancias que justifican valorar si una persona se halla en una potencial situación de riesgo relacionada con el alcohol u otras drogas.

¿QUÉ PERSONAS SE PUEDEN BENEFICIAR DE UN CRIBADO PRO-ACTIVO?

Pacientes que presenten:

- Síntomas físicos difícilmente explicables por otra causa (trastornos hepáticos, enfermedades de transmisión por vía parenteral, arañas vasculares, telangiectasias, hepatomegalia, esplenomegalia, adenopatías, ictericia, soplos cardíacos, abscesos en zonas de venopunción, etc.).
- Mal cumplimiento terapéutico y descompensación de otras patologías.



- Sintomatología psicológica o enfermedad mental (personas con problemas de ansiedad, depresión, trastorno de personalidad, esquizofrenia, trastorno bipolar, etc.).
- Alteración del comportamiento durante la entrevista. O alteración grave del comportamiento fuera de la entrevista (según informe familiar).
- Alteración en los resultados de la analítica realizada por otros motivos.
- Signos de consumo reciente (feto etílico; hiperemia conjuntival por consumo de cannabis; midriasis por consumo de estimulantes; signos de venopunción en la piel; existencia de lesiones en tabique y fosas nasales, epistaxis frecuentes o episodios repetidos de infección local, etc.).
- Efectos tóxicos agudos, incluyendo: la ataxia, vómitos, fiebre y confusión.
- Consulta banal, o solicitud de baja laboral, tras el fin de semana.
- Alteraciones en relaciones laborales, familiares y sociales (pérdida del trabajo, desestructuración familiar, abandono familiar, malos tratos, dificultades financieras, etc.).
- Pacientes con familia desestructurada o en situación de grave deprivación socio-económica.
- Problemas legales potencialmente relacionados con el consumo (peleas, violencia de género, abusos diversos, arrestos, etc.).
- Pacientes cuya patología requiere la administración de un fármaco que presenta interacciones negativas con el uso del alcohol u otras drogas.

[+ información: Anexos 1 y 2]

¿EN QUÉ OTRAS OCASIONES ES RECOMENDABLE UN DESPISTAJE PRO-ACTIVO?

- Cuando se abre una historia clínica nueva.
- De forma periódica en el contexto de promoción de estilos de vida saludables.
- Ante cualquier demanda indirecta o referencia encubierta relacionadas con un potencial consumo de drogas.
- En etapas vitales de transición (adolescencia, proceso de inserción en el mundo laboral, desempleo, jubilación, etc.), o ante cambios vitales que pueden conllevar situaciones de estrés (fracaso escolar o académico, accidente, conflicto familiar, divorcio, fallecimiento de un familiar, etc.).
- Durante el embarazo.

¿CUÁNDO POSPONER LA DETECCIÓN PRO-ACTIVA?

- Ante un cuadro de intoxicación aguda.
- Cuando el paciente necesita un tratamiento de urgencia.
- Ante un cuadro de estrés psicológico agudo.



LA ANAMNESIS ES LA HERRAMIENTA FUNDAMENTAL para explorar el consumo de cualquier paciente. Una correcta entrevista clínica y una buena exploración es todo lo que se necesita para identificar un potencial problema relacionado con las drogas.

Si usted conoce los **EFFECTOS DE LAS DISTINTAS DROGAS**, podrá identificar los aspectos clínicos más relevantes relacionados con los síntomas y signos correspondientes al abuso de drogas.

Cómo empezar cuando no hay una demanda explícita

En este caso Ud. puede introducir alguna pregunta sobre el consumo de alcohol u otras drogas, de la forma más natural y adaptada posible a cada paciente.

Diversas situaciones clínicas le ofrecen una oportunidad adecuada para recabar información sobre el uso de alcohol y otras drogas, cuando Ud. lo considere necesario.

En estos casos se trata de abordar el tema en el momento y forma más idóneos. En este marco, puede hacerlo mediante preguntas enmarcadas en un contexto amplio. Por ejemplo:

- De forma oportunista, es decir:
 - Como parte del tratamiento y/o seguimiento de enfermedades potencialmente relacionadas con el uso de bebidas alcohólicas u otras drogas.
 - Ante una consulta por otro tema de salud donde podría ser oportuno el cribado de un potencial consumo.
- Antes de la prescripción de fármacos que interaccionan negativamente con el alcohol u otras drogas.
- Partiendo de algún comentario del paciente que permita relacionarlo con una o más preguntas sobre el consumo de alcohol y/u otras drogas.

- Como parte de la actuación para promover estilos y hábitos de vida saludables, de acuerdo al Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Es decir en el marco de la exploración sobre dieta, ejercicio físico, consumo de tabaco, hábitos de descanso, etc.

La evidencia disponible en la actualidad indica que:

- No está justificado el cribado periódico y sistemático del uso de drogas en población general asintomática.
- Está justificado el cribado anual del consumo esporádico de drogas en personas que se hallan en situaciones de riesgo en relación a las drogas.

[+ información: Anexos 3 y 4]



SE BENEFICIARÁN DE UNA DETECCIÓN PRO-ACTIVA:

- Idealmente, todos los pacientes incluidos en un programa de promoción de la salud y detección de factores de riesgo.
- Adolescentes y jóvenes.
- Embarazadas.
- Pacientes cuyo motivo de consulta es una patología o problema que podría estar relacionado con el uso de drogas. A pesar de ello:
 - **TRATE CON CAUTELA** cualquier indicio sobre la existencia de una potencial situación de riesgo relacionado con el uso de alcohol u otras drogas.
 - **EVITE** abordar la situación desde **PRECONCEPCIONES O ESTEREOTIPOS** relacionados con: aspecto físico, nivel socio-económico o procedencia cultural.
 - Tenga en cuenta que **UN INDICIO DE CONSUMO NO ES PATOGNOMÓNICO DE UN PROBLEMA DE ABUSO DE DROGAS O DE DEPENDENCIA.**

Una vez haya realizado la detección, puede proceder al siguiente paso: la evaluación.

PASO II: Evaluación

Objetivos

- Explorar y valorar la situación de cada paciente en relación al consumo de drogas.
- Establecer un diagnóstico, en caso de detectar la existencia de algún tipo de problema relacionado con el uso de alcohol u otras drogas.

Si su paciente le plantea directa o indirectamente algún tema relacionado con las drogas, o si Ud. observa que se encuentra en alguna de las potenciales situaciones de riesgo ya descritas, el siguiente paso consiste en definir exactamente dicha situación a través de una exploración clínica que le permita realizar una anamnesis adecuada y valorar el grado de riesgo en que se encuentra.

En este apartado encontrará pautas concretas sobre cómo aproximarse a la circunstancia de cada paciente y, en base a ella, cómo actuar en cada caso.

Un marco de partida: empatía y confidencialidad

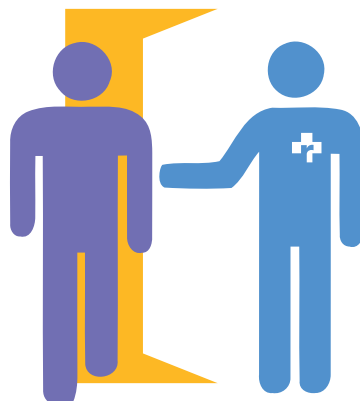
Sea cual sea la situación de su paciente en relación a las drogas, el fin último de la intervención a realizar es ayudarle a disfrutar del mayor grado posible de salud, y en caso necesario, mejorar su situación con respecto al uso del alcohol u otras drogas.

Para muchas personas resulta incómodo hablar de su consumo de drogas, por temor a recibir un juicio moral o a que dicha información pueda llegar a terceras personas que la puedan utilizar en su contra (en la familia, en el trabajo, en su círculo de amistades, etc.).

Cualquier aproximación a este tema debe partir de una actitud ética y profesional basada en promover la confianza mutua y asegurar el secreto profesional.

El establecimiento de un clima de confianza implica:

- Adoptar una **actitud profesional** de escucha respetuosa con las opciones de vida de cada persona, exenta de alarmismos o juicios morales.
- Asegurar la **confidencialidad** a cada paciente mediante:
 - un comentario explícito al respecto,
 - la solicitud de su consentimiento si en algún momento fuera preciso hablar de su caso con terceras personas (familiar o cualquier otra persona).
- **Evitar** juicios de valor, o cualquier clase de comentario estigmatizador o que implique un juicio moral.



¿Son útiles o necesarias las pruebas fisiológicas?

En algunas ocasiones, especialmente cuando quien realiza una consulta en relación a las drogas es la madre, el padre, la pareja u otro familiar cercano a la persona que supuestamente tiene un problema, se suele plantear la demanda de facilitar o prescribir la realización de alguna prueba fisiológica (parches, análisis de orina, sudor, etc.) para evaluar la situación.

Es importante saber que, en general, este tipo de pruebas no son aconsejables, dado que pueden generar rechazo (a la realización de la propia prueba o a la potencial aproximación asistencial posterior), ponen en cuestión el principio ético de respeto a la autonomía de cada paciente y, sin embargo, no aportan información relevante alguna para facilitar la intervención.



- Para ampliar información que facilite la acción asistencial, **NO ES ACONSEJABLE EL USO DE PRUEBAS ANALÍTICAS O DE LABORATORIO**, ya que no aportan información relevante sobre las circunstancias asociadas al uso de drogas, frecuencia, cantidad o consecuencias del consumo.
- Los métodos e instrumentos presentados a continuación, son de fácil aplicación y han demostrado ser de utilidad para elaborar **LA HISTORIA CLÍNICA** del paciente en relación a las drogas.

Exploración

Una vez elegido el momento adecuado, puede empezar la exploración.

Adopte un planteamiento abierto e interactivo:

Plantee preguntas abiertas y en tono neutro. Facilitan la posibilidad de que su paciente responda con sinceridad, sin tener la sensación de que está siendo sometido a un interrogatorio judicial. Algunas preguntas no amenazantes ayudan al paciente a ser, en general, honesto en sus respuestas. Por ejemplo:

- Con personas adultas:
 - «¿Ha consumido alguna vez alcohol u otras drogas?»
 - «¿Suele consumir alcohol u otras drogas?»
 - «Ahora, para la evaluación de su problema de salud debo saber, con exactitud, si consume alcohol u otras drogas».
 - «Tomar algunos medicamentos a la vez que el alcohol u otras drogas, puede ser muy perjudicial para su salud. Es importante para mí saber de forma precisa si Ud consume alcohol o alguna otra droga, con el fin de asegurar que el medicamento que debo recetarle no le producirá efectos indeseados».
- Con adolescentes:
 - «A tu edad, hay chicos y chicas que salen de marcha y a veces hacen botellón... ¿Qué opinas de esto?», «¿Conoces a alguien que lo haga?», «¿Qué haces cuando sales de marcha?», «¿Cuánto aguantas?», «¿Qué tomas una noche normal?», «¿Y alguna vez tomáis otras cosas?...



Evite preguntas que:

- ❑ Den por sentado el consumo: «¿Qué drogas consume?»
- ❑ Dicotómicas, que sólo permiten una respuesta: «¿Consume drogas?»
- ❑ Incluyen la respuesta dentro de la propia pregunta: «¿Drogas no, ¿verdad?», «De drogas ni hablar ¿verdad?», «Drogas ¿no consume, cierto?», etc.

Mantenga una escucha activa y, si es preciso, pida clarificaciones:

Adicionalmente, si considera que es preciso profundizar u objetivar cualquier aspecto, valore la posibilidad de:

- Clarificar cualquier respuesta ambigua o confusa.
- Resumir la información recogida y preguntar si queda algo por abordar.
- Señalar alguna frase que le haya planteado cualquier duda.

Una vez abordado el tema del alcohol y/u otras drogas, y siempre que considere necesario realizar una valoración más a fondo para complementar la historia clínica, puede recurrir al uso de instrumentos estandarizados de probada validez.

Instrumentos breves de apoyo para la evaluación

Tanto si parte de la demanda de su paciente, como si ha tenido que utilizar una aproximación pro-activa para llegar al tema del alcohol u otras drogas, ahora ya puede empezar la evaluación. El uso de preguntas estandarizadas se ha demostrado útil para averiguar cuánto consume el paciente exactamente.

La OMS ha impulsado el desarrollo y validación del cuestionario ASSIST específicamente para su uso en Atención Primaria, con la finalidad de ayudar a profesionales con sensibles limitaciones de tiempo a identificar pacientes que se beneficiarían de reducir o abandonar por completo el consumo de una o más drogas.

La administración del cuestionario ASSIST requiere entre 5' y 10' y puede realizarse en el marco de la consulta habitual. Alternativamente, puede ser también administrado por cualquier miembro del equipo de Salud.

¿QUÉ ES EL CUESTIONARIO ASSIST?:

Un instrumento breve y de fácil aplicación diseñado para explorar el uso de sustancias psicoactivas en el marco de la Atención Primaria, con el fin de detectar consumos de riesgo de alcohol, cannabis, cocaína y otras drogas, así como conductas de abuso de medicamentos.

Proporciona información sobre:

- Consumo alguna vez en la vida.
- Consumo en los últimos tres meses.
- Problemas relacionados con el consumo.
- Riesgo de daño actual o futuro.
- Dependencia.
- Uso de drogas por vía parenteral.

[+ información: Anexo 5]



Además de contribuir a **COMPLETAR LA ANAMNESIS**, los resultados obtenidos en el ASSIST le permiten **OFRECER A SU PACIENTE UNA INFORMACIÓN Y FEED-BACK CLAVE** para iniciar la actuación asistencial.

OTRAS ESCALAS DE EVALUACIÓN:

- CAGE: instrumento breve, de sólo 4 ítems, usado para identificar a personas con un consumo de alcohol abusivo o de riesgo.
- Cuestionario AUDIT consta de 10 preguntas y aporta información sobre la frecuencia de consumo, problemas relacionados con el alcohol y síntomas de dependencia.

[+ información: Anexos 6 y 7]

Otros factores a considerar

Los efectos y los riesgos sobre la salud derivados del uso de drogas varían según las propiedades farmacológicas y la disponibilidad de cada sustancia psicoactiva. Por ello, es importante valorarlos en el marco de la exploración y definición del problema.

Tipo y características de cada sustancia:

- Efectos psicoactivos de cada sustancia.
- Dosis mínima eficaz.
- Policonsumo: interacciones con otras drogas.

Características de su paciente:

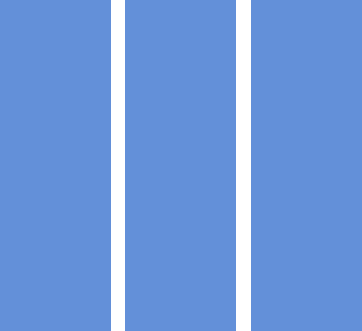
- Edad, sexo, peso corporal, historial clínico (patología/s actual/es o pasada/s), patrón de consumo, situación o exposición personal a factores de riesgo o protección (entorno familiar, situación laboral, etc.).
- Situación actual de su paciente respecto a la necesidad de cambiar su conducta actual (encontrará más información sobre este punto en el siguiente apartado de esta guía).

Riesgos asociados:

- **Físicos** (conurrencia de patología): es importante considerar los efectos tóxicos selectivos de ciertas drogas sobre determinados órganos y sistemas. En personas con patología preexistente, los riesgos se incrementan.
- **Trastornos mentales:** concurrencia en el mismo paciente de una enfermedad mental grave con tendencia a la cronicidad (trastornos psicóticos y afectivos).
- **Interacciones** del alcohol u otras drogas con diversos medicamentos.

[+ información: Anexos 1 y 4]





Diagnóstico

Los problemas relacionados con las drogas varían de forma importante según cada persona y la circunstancia vital en la que se encuentre. Por ello, las dimensiones, características y consecuencias del consumo pueden ser muy distintas.

Por esta razón, una vez realizada la exploración, Ud. está en posición de poder realizar un diagnóstico preciso sobre la situación de su paciente en relación a las drogas. La clasificación propuesta por la Asociación Psiquiátrica Americana para los «trastornos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas», e incluida en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV), proporciona los criterios de referencia para formular un diagnóstico. En el DSM-IV se consideran 11 clases diferentes de drogas, incluyendo el alcohol.

Además de ayudarle a Ud. a diagnosticar el problema del paciente, otra ventaja del DSM-IV es que su nomenclatura estándar y su sistema de clasificación, es utilizado también en el ámbito de la Salud Mental, el tratamiento especializado de Drogodependencias, u otros recursos de segundo nivel, y por tanto puede facilitar la posterior colaboración y seguimiento entre profesionales de los distintos ámbitos.

CRITERIOS DE ABUSO DSM-IV:

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

- Consumo recurrente de una droga que da lugar al incumplimiento de obligaciones laborales, académicas o familiares.
- Consumo recurrente de la sustancia en condiciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o manejar una máquina bajo sus efectos).
- Incidencia de problemas legales repetidos relacionados con el uso de la sustancia (por ejemplo, sanciones o arrestos por comportamiento violento o antisocial mantenido bajo los efectos de la droga).
- Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por ejemplo, discusiones con la pareja o violencia física).

CRITERIOS DE DEPENDENCIA DSM-IV:

Patrón desadaptativo de consumo que mantiene a la persona periódica o crónicamente intoxicada. Conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo, marcado por tres (o más) de los siguientes síntomas experimentados a lo largo de los 12 últimos meses:

- Tolerancia.
- Síndrome de abstinencia o sustitución de la sustancia por otra de efectos similares.
- Incapacidad para controlar el consumo (cantidad y frecuencia) aun cuando se desea hacerlo.
- Inversión de tiempo y esfuerzo desmesurados para obtener la sustancia.
- Reducción de actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo.
- Consumo mantenido a pesar de tener consciencia de los problemas psicológicos o físicos que genera.



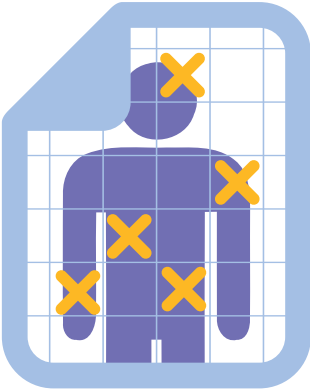
No es lo mismo
«abuso» que
«dependencia».

[+ información: Anexo 8]

Pruebas complementarias

Como en cualquier acto clínico, las circunstancias concurrentes en cada caso (patrón y frecuencia de consumo, vía de administración, características farmacológicas de la/s sustancias consumida/s, etc.) le permitirán valorar si precisa pruebas adicionales para completar la anamnesis.

Así, mientras consumos ocasionales o esporádicos en personas asintomáticas, no requieren pruebas diagnósticas complementarias, éstas sí pueden ser de interés en casos de diagnóstico de uso abusivo de alcohol u otras drogas, para determinar los posibles efectos del consumo sobre la salud o descartar complicaciones infecciosas.



SITUACIÓN	POSIBLES PRUEBAS ADICIONALES
Consumo abusivo de alcohol	- Marcadores bioquímicos: ácido úrico, triglicéridos, enzimas hepáticas - Marcadores hematológicos: volumen corpuscular medio.
Consumo abusivo de otras drogas	- Valoración estandarizada de síntomas coadyuvantes. - Prueba de tuberculina. - Electrocardiograma, radiografía de tórax, espirometría, etc.
Consumo actual o previo de drogas por vía parenteral	- Prueba de Mantoux, serologías para hepatitis B y C, VIH, sífilis, citomegalovirus, toxoplasma, etc. - Radiografía de tórax, espirometría, electrocardiograma, pruebas de neuroimagen, cultivos en medios específicos, etc.

Comentar los resultados

Independientemente de cuál sea el diagnóstico, todos los pacientes a quienes haya realizado un cribado relacionado con el uso de drogas deben ser informados de los resultados.

Informe a su paciente:

Si tras la valoración realizada, ha detectado algún problema relacionado con las drogas, es importante que Ud.:

- Preste especial atención a la forma —tanto semántica como actitudinal— de transmitir su diagnóstico, con el fin de propiciar el mantenimiento de un intercambio fluido de información y la confianza necesaria para mantener una relación terapéutica óptima.
- Utilice un lenguaje neutral y no peyorativo o estigmatizador para informarle de la situación en la que se halla en relación a las drogas. Por ejemplo, el comentario «...observo que Ud. tiene un problema importante relacionado con el uso de drogas...», es menos desalentador que la utilización —en esta fase inicial— de etiquetas como: «Usted es un alcohólico» o «Usted es un adicto».

Este enfoque permitirá que su paciente se muestre más abierto y receptivo a la posibilidad de recibir ayuda y seguir avanzando en el proceso terapéutico.



Todas las personas a quienes se ha realizado un cribado relacionado con el uso de drogas deben ser informadas de los resultados.

Pacientes que, tras la anamnesis, no parecen tener problemas destacables relacionados con el alcohol, el uso de medicamentos u otras drogas, y no presentan otras complicaciones, no requieren mayor intervención que un REFUERZO VERBAL ANIMÁNDOLES A MANTENER SU CONDUCTA DE ABSTINENCIA O MODERACIÓN.

PASO III: Actuación

Objetivos

- **OBJETIVO GENERAL:** Ayudar a pacientes con problemas relacionados con el alcohol u otras drogas (abuso, dependencia, o riesgo de desarrollar abuso), a reducir o eliminar el consumo y con ello evitar o minimizar los problemas asociados.
- **OBJETIVO ESPECÍFICO:** Varía en función del estado actual de cada paciente, las expectativas que tiene en relación al consumo de drogas y los intentos previos que haya realizado de reducción o de tratamiento.

Adecuación

Dado que los problemas relacionados con las drogas pueden ser muy distintos según cada persona, la intervención asistencial debe ser la idónea para cada paciente.

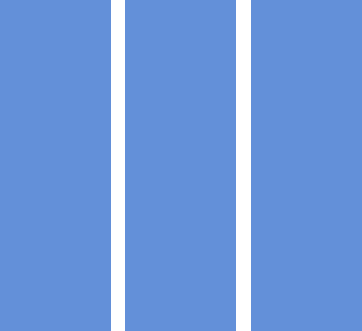
Algunas intervenciones orientadas a aumentar la motivación para el cambio de conducta en relación al uso de drogas han demostrado ser enormemente efectivas.

En pacientes con síntomas de dependencia, de acuerdo a los criterios del DSM-IV, se debe valorar la necesidad de una actuación en mayor profundidad. Considerando si esta actuación se puede realizar en el propio contexto de Atención Primaria o resultaría más adecuado derivarla a un centro de atención especializada (salud mental o drogodependencias).

Aunque ante un diagnóstico de dependencia la respuesta idónea es la derivación al segundo nivel, esta opción no siempre resulta la más adecuada. Para algunos pacientes acudir a un centro especializado en drogodependencias tiene connotaciones estigmatizantes, y hasta que no se ha superado esta barrera, la derivación puede llegar a ser contraproducente, causando un importante retroceso en el proceso de mejora cuando, por ejemplo, un paciente es forzado a participar en un programa de tratamiento en contra de su voluntad.

Así, y dado que todas las opciones terapéuticas deben ser consideradas en el marco de un análisis riesgo/beneficio, un enfoque conservador y paliativo dentro de un entorno de atención primaria, en algunos casos, puede ser preferible a un tratamiento especializado.





Intervención Breve

La Intervención Breve incluye una serie de pasos a seguir para tratar situaciones de abuso de alcohol u otras drogas, incluidos:

- Formas de promover la motivación para que las personas que presentan algún problema relacionado con las drogas puedan empezar a plantearse el movimiento (o intento de movimiento) hacia el cambio.
- Un enfoque familiar adecuado para el abordaje de potenciales problemas en adolescentes.
- Criterios y orientaciones de derivación.
- Pautas de seguimiento.

La Intervención Breve se inicia con la investigación del problema con el fin de desarrollar una solución acordada con el paciente. E incluye un conjunto de principios de actuación asistencial distintos a —pero no conflictivos con— los principios básicos del tratamiento especializado de drogodependencias, propio del segundo nivel asistencial.

¿Qué personas se pueden beneficiar?

Son candidatos apropiados para una intervención breve, pacientes que:

- Mantienen un uso **ocasional** de alcohol u otras drogas, así como de medicamentos sin prescripción médica.
- Realizan un consumo **recreativo** de alcohol y otras drogas, es decir, su consumo se centra y se concentra en tiempos y contextos de ocio.
- Hacen un uso **abusivo** de alcohol, medicamentos u otras drogas, pero no han desarrollado dependencia u otros problemas graves relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas.
- Presentan criterios de **dependencia** pero todavía no son capaces de reconocer su situación y la necesidad de acudir a tratamiento especializado.
- Personas que habiendo realizado tratamientos previos, han conseguido períodos de abstinencia considerables y se encuentran en situación de recaída.

¿Quiénes no?

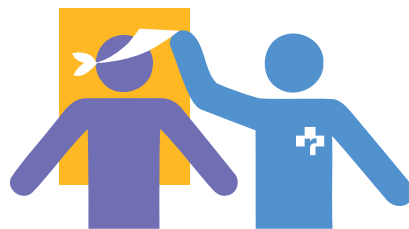
- Pacientes con una historia previa de abuso o dependencia que han seguido algún tipo de tratamiento especializado sin haber conseguido la desintoxicación o la abstinencia.
- Personas con patología dual que dificulte el manejo del cambio de conducta en relación al uso de drogas.

OBJETIVOS ADECUADOS A CADA SITUACIÓN

El objetivo general de la intervención breve es ayudar a su paciente a reducir o eliminar el consumo de alcohol y/u otras drogas, y con ello evitar o minimizar los problemas asociados.

Según la situación de cada paciente el objetivo específico será distinto:

- Cuando su paciente no reconoce el problema, el objetivo previo es proporcionarle la ayuda necesaria para que empiece a pensar en su situación como un problema que tiene que afrontar.
- Si su paciente reconoce que tiene un problema de abuso y/o algún problema de salud relacionado con las drogas, el objetivo es ayudarle a reducirlo o eliminarlo.
- Si después de varios intentos para facilitar el cambio, su paciente no avanza, el objetivo siguiente será ayudarle a reconocer la necesidad de acudir a un servicio de segundo nivel.



TIEMPO NECESARIO

Puede realizarse en distintas sesiones de entre 3 y 15 minutos cada una, y requiere un número limitado de sesiones.

El número y la frecuencia de las sesiones dependen de la gravedad del problema y la respuesta de cada persona. Se recomienda, al menos, una visita de seguimiento.

En cualquier caso, se trata de una intervención coste-efectiva.

COMPONENTES

La intervención breve constituye una herramienta profesional fácil de incorporar en la consulta. Incluye:

1. Comentar con su paciente en qué consiste el problema, proporcionándole información sobre los límites del consumo seguro, según su grado de riesgo.
2. Valorar la disposición del paciente para el cambio y actuar según cada caso.
3. Negociar las metas y estrategias para el cambio.

A continuación encontrará sugerencias sobre cómo enfocar y desarrollar cada uno de estos componentes de la intervención.

I. Reconocer y acotar el problema

La mayoría de personas que mantienen un consumo de alto riesgo de alcohol u otras drogas no son conscientes de ello, creyendo que sus patrones de consumo son «normales».

La dimensión del problema variará según las circunstancias personales de cada paciente (edad, sexo, peso corporal, otros factores de riesgo concurrentes, etc.), así como según las características de cada droga y la frecuencia de uso y la cantidad consumida.

CONSIDERE LA SITUACIÓN DE SU PACIENTE

Pacientes que consumen alcohol

La [figura 2](#) le ayudará a calcular fácilmente el grado de riesgo en el que se encuentra su paciente en relación al consumo de bebidas alcohólicas. Una vez valorado este aspecto, adapte su intervención a las necesidades observadas.

- En dosis no perjudiciales el objetivo es ayudar al paciente a mantener su nivel de bebidas alcohólicas por debajo de los límites seguros: no más de 9 unidades semanales para las mujeres, ni más de 15 unidades para los hombres.
- Si mantiene un consumo de riesgo, la situación clínica abierta por la entrevista puede aprovecharse para personalizar informaciones referidas a:
 - a. Los daños que puede producir el uso indebido o el abuso del alcohol, vinculándolos a los niveles de riesgo del paciente.
 - b. Las ventajas de beber menos y beber adecuadamente, relacionándolas con su situación actual.

- Cantidades muy inferiores a los límites máximos deseables deben recomendarse a algunos pacientes en particular, por ejemplo, personas con: hipertensión, exceso de peso, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, gota, enfermedades cardíacas, hepáticas, trastornos psiquiátricos, u otras enfermedades. También si su paciente está tomando alguna medicación cuya ingesta sea incompatible con el alcohol u otras drogas.
- Cuando su paciente cumple los criterios de dependencia, debe empezar por explorar si es consciente de ello y en función de la respuesta, intervenir apropiadamente.

Pacientes para quienes no hay niveles de consumo seguro de alcohol u otras drogas

No existen niveles seguros de consumo alcohol u otras drogas para pacientes que se encuentre en alguna de las siguientes situaciones:

- Cumplen los criterios del DSM-IV para dependencia. En estos casos el objetivo no será la moderación, sino la abstinencia total, y ello requerirá una intervención más intensiva o la derivación a un servicio de segundo nivel (ver apartado «Derivación», en el Paso III).
- Mujeres embarazadas.
- Personas expuestas a factores de riesgo para determinadas patologías, o que ya han sido diagnosticadas. Por ejemplo: cáncer de mama o úlcera péptica.
- Adolescentes.

En todos estos casos la meta de la intervención es la abstinencia.

Figura 2. CÁLCULO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN UNIDADES DE MEDIDA (UBE)

EQUIVALENCIAS EN CONTENIDO ALCOHÓLICO



CONSUMO DE BAJO RIESGO	Hombres: de 0 a 16 unidades de alcohol a la semana Mujeres: de 0 a 10 unidades de alcohol a la semana
CONSUMO DE RIESGO	Hombres: de 17 a 28 unidades de alcohol a la semana Mujeres: de 11 a 17 unidades de alcohol a la semana
CONSUMO DE ALTO RIESGO	Hombres: 28 o más unidades de alcohol a la semana Mujeres: 18 o más unidades de alcohol a la semana

Pacientes para quienes
la modificación del consumo de drogas
no es la meta prioritaria

La situación clínica de algunos pacientes requiere que la orientación inicial de la intervención se centre en motivarles para seguir el tratamiento médico adecuado a su patología.

Se trata de casos donde es prioritario promover y motivar la participación de su paciente en actividades que minimicen los riesgos de salud a los que se halla expuesto.

Por ejemplo, Ud. puede realizar la captación o promover la adherencia a programas de:

- Vacunación (hepatitis, B, gripe, neumococo, tétanos).
- Control de la tuberculosis.
- Cumplimiento y adherencia al tratamiento requerido para su condición clínica específica (pacientes psiquiátricos; personas con el VIH /sida, etc.).

Con algunos de estos pacientes puede no ser prioritario plantear los siguientes pasos de la intervención breve, sino mantener un seguimiento periódico y largo plazo.

[+ información: Anexo 3]

2. Valorar la disposición para el cambio

El MODELO DE LOS ESTADIOS DEL CAMBIO proporciona un marco útil para comprender la forma cómo las personas cambian su comportamiento, así como para intervenir respondiendo a las necesidades de apoyo específicas de cada fase.

Por ello, en el momento de hacer recomendaciones, considere el carácter incremental, o de proceso, que requiere todo cambio de comportamiento en general, y los relacionados con las drogas en particular.

El modelo describe las etapas naturales que se requieren —con o sin tratamiento— para que una persona pueda conseguir cambiar su conducta. Y por tanto, puede ser usado para valorar el grado de preparación de cada persona para modificar su consumo de drogas.

Como ilustra la [Figura 3](#), el modelo considera las distintas etapas en las que puede hallarse su paciente:

- **PRE-CONTEMPLACIÓN:** no se ha planteado la necesidad de cambiar su patrón de consumo, porque no percibe problema alguno.
- **CONTEMPLACIÓN o DISONANCIA:** Siente ambivalencia sobre su consumo, piensa que sería una buena idea modificarlo, pero no tiene muy claro cómo.
- **PREPARACIÓN:** Quiere cambiar, está decidido y dispuesto a prepararse para conseguirlo.
- **ACCIÓN:** Periodo en el que modifica su patrón de consumo (reduce o deja de consumir). Es probable que durante esta fase pase por una situación de conducta intermitente en la que, a intervalos, puede volver a la situación de partida.
- **MANTENIMIENTO:** Intenta mantener los logros alcanzados.
- **RECAÍDA:** Se produce en la mayoría de pacientes que intentan modificar sus patrones de consumo. Con la supervisión adecuada, muchas personas pueden superar esta fase a medio plazo.

[+ información: Anexo 9]

Figura 3. DISTRIBUCIÓN DE LAS PERSONAS QUE FUMAN, SEGÚN SU SITUACIÓN EN LAS FASES DEL MODELO DE CAMBIO

MODELO DEL CAMBIO DE CONDUCTAS ADICTIVAS
(Prochaska y DiClemente)



Fuente: PROCHASKA, J.A., DiCLEMENTE, C.C. & NORCROSS, J.C. (1992) In search of how people change. Applications to addictive behaviour. Am. Psych. 47:1102-1114.

La mayoría de pacientes atendidos en Atención Primaria suelen encontrarse en una de las dos primeras etapas del proceso de cambio. Por tanto se puede esperar que o no perciban (o no personalicen) la necesidad de modificar su consumo de alcohol u otras drogas; que expresen sus ambivalencias al respecto; y que —inicialmente— muestren sensibles resistencias al cambio.

No necesariamente existe una correlación entre la gravedad del patrón de uso de drogas y la disposición de una persona para el cambio.

La primera reacción de su paciente a los comentarios iniciales acerca de los resultados del cribado, o a la indicación de la necesidad de que modifique su conducta, le proporcionarán a Ud. indicios clave sobre su disposición al cambio.

3. Negociar objetivos y promover estrategias de cambio

Cuando su paciente muestra buena disposición y voluntad para cambiar, usted puede ayudarle a desarrollar un plan realista de cambio, empezando por fijar unos objetivos alcanzables.

AYUDA PARA FIJAR Y PACTAR OBJETIVOS

Empiece por preguntarle:

- «¿Qué cree que puede/s hacer?»
- «Se siente capaz de reducir su/tu consumo hasta niveles más seguros?»
- «En base a lo que hemos hablado, ¿estaría dispuesto a cambiar sus hábitos de consumo de?»

Si no se siente capaz de marcar la abstinencia o una reducción drástica del consumo como objetivo, usted puede sugerirle que empiece por marcarse un calendario progresivo.

- «¿Podemos fijar una fecha concreta para reducir en su consumo de?»
- «¿Podría reducir en su consumo de a partir de la próxima semana?»

RECUERDE: en última instancia, es su paciente quien debe elegir la meta. Ud. sólo debe insistir en que reducir o abandonar el consumo de alcohol u otras drogas le ayudará a mejorar su salud y los potenciales problemas que el consumo le está causando.

La entrevista motivacional es un método de interacción clínica, centrado en el paciente, en el que Ud. puede apoyarse para desarrollar la intervención breve. Resulta especialmente útil cuando se trabaja con pacientes que se hallan en las etapas iniciales del proceso (pre-contemplación y contemplación) aunque los principios en los que se basa y los recursos que ofrece son relevantes y resultan útiles en todas las etapas.

[+ información: Anexo 10]

FACILITACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA CONSEGUIR EL OBJETIVO PACTADO

Una vez elegido el objetivo, Ud. puede proporcionarle ideas prácticas que ayuden a su paciente a concretarlo en la práctica.

Se trata de que identifique las situaciones reales y cotidianas en las que cree le resultará más difícil mantener el objetivo marcado, y ayudarle a encontrar sus propias formas de afrontarlos.

Una forma de facilitar a su paciente la identificación de las formas más adecuadas para superar los momentos de riesgo relacionados con el consumo, es proponiéndole que elabore una tabla como la enunciada a continuación. En la [Tabla 1](#) encontrará ideas de cómo plantear este aspecto.

Tabla I. EJEMPLO DE SITUACIONES COTIDIANAS QUE SU PACIENTE PUEDE IDENTIFICAR COMO ESPECIALMENTE DIFÍCILES PARA PONER EN PRÁCTICA EL CAMBIO (REDUCIR O ABSTENERSE DE ALCOHOL U OTRAS DROGAS)

SITUACIÓN	CÓMO VOY A AFRONTARLA
Cuando salgo con amigos	
Ante situaciones de estrés o tensión	
Durante el fin de semana	
Al salir del trabajo	
Cuando todo sale mal	
Cuando quiero relajarme	
Viendo la tele	
Cuando me abruma los problemas	
Cuando quiero divertirme	
Cuando quiero olvidar	
Cuando necesito...	

La tarea consistirá en que cada persona identifique sus alternativas para afrontar cada ocasión sin recurrir al consumo. situaciones de peligro y prevea o prepare conductas

Una vez identificadas estas situaciones difíciles, puede ayudar a su paciente a prever formas de afrontarlas. Por ejemplo:

- «¿Qué hará para limitar el número de bebidas alcohólicas diarias, y saber cuándo debe cambiar a refrescos?».
- «¿De qué forma alternativa podría pasar el tiempo libre sin exponerse a situaciones de consumo?», «¿Practicando algún deporte, un hobby, leyendo un libro, saliendo con amigos que no consumen, paseando, yendo al cine, evitando participar en rondas y explicar las razones a los compañeros etc.?».
- Recordándose a sí mismo las razones para reducir el consumo («vuelvo a casa en coche», «me siento mejor si bebo menos») y comprobar su reacción.
- Cambiar la forma de consumo, beber más lentamente...



**La evidencia disponible indica que la
INTERVENCIÓN BREVE ES EFICAZ**

El asesoramiento, clarificación y consejo clínico han sido descritos como los elementos esenciales de la intervención breve.

Cuanto más la integre en el marco del tratamiento adecuado para los problemas de salud y la prevención de las consecuencias del uso continuado de drogas, mayor será la probabilidad de éxito.

Si no dispone del tiempo suficiente para profundizar en el asesoramiento, puede plantearse:

- a. La entrega de un folleto de apoyo.
- b. Facilitar o promover la formación de otros profesionales del equipo, para que puedan complementar su intervención.

Intervención familiar breve

El abordaje familiar es una tarea estrechamente vinculada a las funciones propias de la Atención Primaria. Y los temas relacionados con las drogas constituyen una prioridad de intervención familiar que puede desarrollarse:

- **De forma anticipada.** Con el fin de promover que las familias no tengan que enfrentarse en el futuro a posibles problemas de sus hijos e hijas con las drogas. Idealmente se trata de desarrollar un trabajo preventivo dirigido a padres y madres, para potenciar su papel protector. Es especialmente útil en familias que se hallen expuestas a factores de riesgo como: desestructuración, deficiencias de gestión familiar, consumo de alcohol u otras drogas por parte de adultos significativos, violencia o abusos, etc.
- **Ante la sospecha o la evidencia de que un miembro de la familia está experimentando algún tipo de problema.** En general responde a una demanda de la propia familia, y sea cual sea el origen de la demanda, es preciso realizar una actuación adecuada lo antes posible.

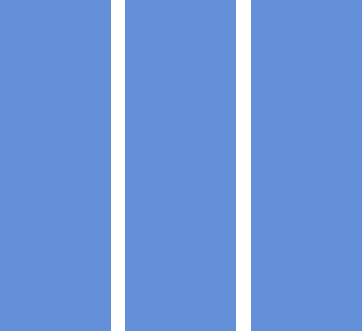


COMPONENTES

En el nivel anticipativo

Se trata de proporcionar orientación y apoyo a familias expuestas a factores de riesgo, mediante la facilitación de estrategias capaces de abordar y modificar dichas situaciones. Por ejemplo, fomentar:

- La sensibilización parental sobre la importancia de la función modélica en todo lo relacionado con el uso de drogas, tanto legales como ilegales. Orientada a la prevención de modelos de conducta inadecuados.
- El diálogo paterno-filial en general, y también sobre los riesgos del consumo de drogas de forma objetiva y exenta de juicios morales o aproximaciones tremendistas.
- La adopción de normas democráticas de gestión familiar, entre las que se encuentran el establecimiento asertivo de límites, el incremento de la supervisión parental de las conductas filiales en general (por ejemplo, en relación a las amistades, a las normas de convivencia y colaboración en el hogar, la limitación de la paga semanal y una cierta tutela de la forma en que se gasta, etc.).
- El refuerzo de vínculos emocionales positivos en la relación paterno-filial, mediante la promoción de actividades de ocio conjuntas durante el tiempo libre.

- 
- Las habilidades parentales para minimizar la conflictividad y resolver adecuadamente las crisis familiares, como por ejemplo: la identificación y modificación de dinámicas conflictivas y la mejora de las potencialidades de cada familia.

Como complemento a esta actuación, puede facilitar a la familia alguno de los folletos de divulgación, especialmente pensados para padres y madres editados por RiojaSalud^(*):

- Habla con ellos del alcohol
- Habla con ellos del cannabis
- Habla con ellos de la cocaína

Como respuesta a un problema potencial u objetivo

En general el consumo de drogas no aparece como un motivo de consulta de adolescentes, que además constituyen un grupo poblacional poco frecuentador de la consulta, por no tener especiales problemas de salud.

Frecuentemente es la madre o el padre, o ambos conjuntamente, quienes acuden a consulta mostrando seria preocupación —cuando no, alarma o angustia— ante la sospecha o el conocimiento objetivo, del consumo de alguna droga por parte de su hijo o hija. En algunos casos a la descripción de sus sospechas añaden la demanda de un control fisiológico de consumo para poder confirmar o descartar sus suposiciones.

En estos casos, antes de iniciar la intervención breve, es preciso desarrollar una aproximación previa que, a su vez, requiere de una aproximación en la que se incluyan los siguientes aspectos:

1. Escuchar
2. Tranquilizar y desculpabilizar
3. Explorar, acotar y orientar
4. Orientar

^(*) Estos materiales están disponibles en: <http://www.riojasalud.es/old/content/view/1463/990/>

1. Escuchar

Consiste en empezar por clarificar las razones por las que los padres creen que su hijo o hija tiene un problema relacionado con las drogas, así como su grado real de preocupación.

2. Tranquilizar y desculpabilizar

La angustia suele ser el motivo que lleva al padre o a la madre, o ambos, a consultar. Ante esta realidad, Ud. puede actuar adecuadamente incidiendo en dos aspectos:

SERENAR. Contextualizar las conductas de consumo de drogas durante la adolescencia, como parte de los patrones sociales de los jóvenes, explicando que el consumo experimental, moderado u ocasional es relativamente normativo en el contexto cultural español.

En cualquier caso, señalar que la mayoría de adolescentes que experimentan con las drogas de forma oca-

sional o circunstancial, raramente presentarán —a largo plazo— trastornos derivados de esta conducta. Aunque si es cierto que, de no tomarse las medidas adecuadas, una minoría podrá desarrollar problemas importantes (intoxicaciones agudas, abuso, adicción, etc.).

Esta información contribuye a aportar el alivio emocional y la tranquilidad que los padres necesitan para empezar a afrontar adecuadamente el potencial problema.

DESCULPABILIZAR. Trabajar y evitar posibles sentimientos de culpa.

OFRECER APOYO. Mostrar su disposición a ofrecerles el apoyo que necesitarán mientras se aclare o se mantenga el problema.

3. Explorar y acotar

ACOTAR EL POSIBLE PROBLEMA CON LOS PADRES

Una vez obtenida la información básica que ha motivado la consulta y facilitada la descarga emocional de los padres, Ud. puede proceder a realizar una valoración global de la situación.

Para ello es preciso disponer de información independiente y por separado de ambos lados: paternal y filial.

Tanto si el/la adolescente acude a la consulta junto a sus padres, como si no está presente, es preciso explicar a los padres la importancia de mantener una entrevista a solas con él o con ella, para poder asegurar un abordaje más efectivo.



En caso de que hayan acudido juntos a la consulta, hay que explicarles que es preciso realizar ambas entrevistas por separado, si es necesario citando al hijo o a la hija otro día para una entrevista personal sin la presencia de sus padres. El guión de ambas entrevistas es distinto y puede resumirse como sigue:

CON EL PADRE Y LA MADRE

En caso de que los padres no lo hayan expresado ya, es importante que Ud. recabe toda la información posible sobre:

- Las dinámicas de relación paterno-filiales. Esto incluye valorar:

- *El modelo de comunicación familiar:* si comparten aficiones conjuntas, si mantienen diálogo con frecuencia, conocimiento de las relaciones sociales de su hijo y su ocupación del tiempo libre.
- *El modelo de gestión familiar:* si hay dificultades para el cumplimiento de las normas familiares, si el hijo participa en las tareas de la casa, etc.
- Identificar si se ha producido en la familia alguna circunstancia reciente que pueda relacionarse con un aumento de la preocupación parental.
- Recabar posibles signos directos o indirectos del consumo:
 - Cambios de humor o de carácter.
 - Cambios en la adaptación escolar o empeoramiento del rendimiento académico.
 - Cambios de amistades.
 - Cambios físicos como: aparición de tos crónica, conjuntivitis, pupilas dilatadas, olor a alcohol o a porros, etc.

ESTABLECER UN VÍNCULO DIRECTO CON EL/LA ADOLESCENTE

Es importante asegurar una sesión independiente y tranquila con el hijo o la hija, donde Ud. le asegure la absoluta confidencialidad de lo que van a tratar, para poder:

- Establecer un vínculo emocional positivo que facilite su entrada y «enganche» en el resto del proceso asistencial.
- Explorar su grado de autonomía y madurez personal.
- El tipo de consumo mantenido: sustancia/s, frecuencia, cantidad, contextos de consumo, potenciales problemas asociados (ver pp. 15 a 22).
- Mostrar empatía y preocupación por sus problemas.
- Evitar juicios de valor sobre su conducta.
- Transmitir mensajes claros y firmes sobre los riesgos que puede estar asumiendo.
- Personalizar al máximo los aspectos de su caso que sean motivo de preocupación y proceder de acuerdo a los pasos contemplados en la «Intervención breve» (ver pp. 24 a 32).

4. Orientar

los puntos de vista que pueda expresar el/la adolescente— pero firmes y estables.

PAUTAS PARENTALES

Ud. puede ofrecer claves para la mejora de la relación con el hijo o la hija. Entre ellas, puede:

- Recomendarles que no aborden el problema cuando surja un conflicto, sino que lo emplacen a un momento posterior, donde se pueda tratar con mayor serenidad el tema de una forma sosegada, general y genérica.
- Promover que establezcan, clarifiquen y pacten normas de conducta, asumibles —considerando todos

Según evolucione el caso, es posible que Ud. deba valorar la posibilidad de proporcionar algún tipo de apoyo, psicológico o social a la familia. Si es así, es conveniente considerar la coordinación con otros recursos comunitarios, como servicios sociales u organizaciones no gubernamentales que desarrollan programas de atención a familias en situación de riesgo.

INTERVENCIÓN CON EL/LA ADOLESCENTE:

Ver componentes de la «Intervención breve», pp. 24 a 32.

Derivación

En general, la evaluación diagnóstica y el tratamiento de las personas susceptibles de un diagnóstico de dependencia de las drogas deberían realizarse desde un equipo multidisciplinario especializado. Pero como ya hemos visto hasta aquí, desde la Atención Primaria se pueden realizar importantes tareas de cribado, intervención, orientación y motivación de los casos que deban derivarse a otros servicios de segundo nivel.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Pacientes con síntomas de dependencia necesitan casi siempre un apoyo terapéutico intensivo que requiere especialización, tiempo y participación familiar. El tratamiento en estos casos no es fácil y puede prolongarse en el tiempo, hasta que se supera la adicción y se consolida un estilo de vida libre de drogas.

En estos casos la derivación está claramente indicada. Sin embargo no puede abordarse como un simple trámite. Se trata de un paso crucial para el inicio del tratamiento, y como tal requiere asegurar una serie de condiciones previas o pre-requisitos.

Pre-requisitos para una correcta derivación

Para optimizar los resultados asegúrese de que:

1. Su paciente entiende la necesidad de tratamiento.
2. La familia entiende, apoya y está dispuesta a participar en el tratamiento especializado.
3. Tanto el paciente como la familia entienden que la derivación no es señal de desentendimiento por su parte sino todo lo contrario, y para ello, es recomendable establecer visitas periódicas de seguimiento, que refuercen la adherencia al proceso terapéutico externalizado.
4. El paciente y su familia se comprometen a seguir puntualmente el programa al cual se les deriva.
5. El equipo especializado al que Ud. deriva a su paciente, es solvente y dispone de la experiencia necesaria para asumir el caso.

Criterios de derivación

Es recomendable derivar a pacientes a centros de tratamiento especializado, cuando se presentan una o varias de las siguientes situaciones:

- Cuando después de haber aplicado la Intervención Breve, es evidente que su paciente tiene serias dificultades para alcanzar los objetivos que se había propuesto.
- Presencia de síntomas inequívocos de dependencia al alcohol u otras sustancias psicoactivas, incluido la existencia de síndrome de abstinencia.
- Fracaso recurrente tras participar en programas de asistencia especializada.
- Carencia de apoyo familiar y/o social, o con grave deterioro de las relaciones familiares, sociales y /o laborales.
- Pacientes con síntomas de deterioro físico (por ejemplo: daño cerebral, enfermedad hepática, neuropatía periférica, u otra complicación física grave).
- Personas con síntomas de patología dual, es decir con una patología psiquiátrica paralela al consumo de drogas.



La derivación a recursos especializados no implica una desconexión con el paciente.

Es recomendable mantener un seguimiento conjunto entre el centro especializado y el equipo de Atención Primaria. Esta colaboración puede proporcionar una mayor adherencia al tratamiento, y con ello se puede conseguir una mejora en el pronóstico de la intervención.

Aunque no siempre el contexto lo facilite, es deseable tratar de establecer una coordinación adecuada con los servicios de segundo nivel. En algunas ocasiones una aproximación personal a los profesionales del equipo de referencia (enfermera, psiquiatra, etc.) puede contribuir a mejorar la coordinación y el seguimiento de pacientes derivados.

¿DÓNDE DERIVAR?

La Rioja dispone de una amplia red para atender a las personas que requieren tratamiento especializado en drogodependencias.

[+ información: Anexo 11]

PASO IV: Seguimiento

La motivación del paciente se incrementa si usted le cita claramente para una visita de seguimiento. La situación clínica en cada caso le permitirá valorar si es recomendable un seguimiento a más largo plazo.

I. Supervisar los avances

Al igual que cualquier otro problema de salud, la modificación del consumo de drogas también requiere seguimiento.

Una vez que Ud. ha negociado con su paciente un plan de acción para abordar el abuso de alcohol u otras drogas, es preciso asegurar el seguimiento de los progresos.

¿QUÉ PERMITE EL SEGUIMIENTO?

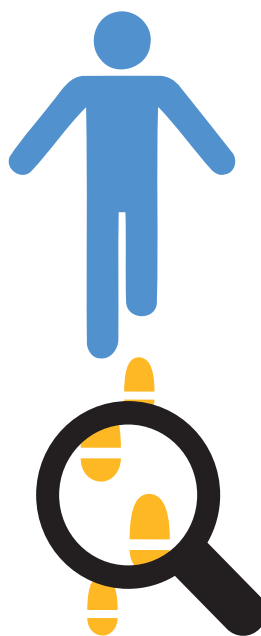
Apoyo

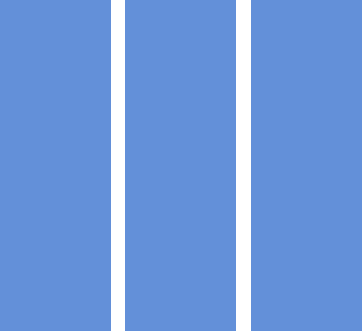
- Su paciente necesita un apoyo mantenido para avanzar, y realizando el seguimiento Ud. puede proporcionárselo.
- Para su paciente resulta alentador y motivador poder asociar algún tipo de mejora —inmediata— de su situación al cambio de conducta y Ud. puede contribuir a que se sienta mejor proporcionarle información sobre la mejora de su estado físico.
- Para algunas personas constituye un refuerzo adicional disponer de datos de evolución derivados de pruebas fisiológicas sensibles a mejoras a corto plazo (por ejemplo: volumen corpuscular medio, niveles de GGT, etc.). Sin embargo, tenga en cuenta que el uso de cualquier prueba fisiológica debe ser previamente negociada con su paciente. En este marco la realización de cualquier control fisiológico debe siempre constituir una medida de carácter informativo y motivador, y en ningún caso utilizarse como base para una acción punitiva.

Valoración del cumplimiento del plan acordado

Ud. debe establecer unas pautas de confianza mutua como base de la relación clínica.

Si su paciente trata de ocultar o enmascarar situaciones que le alejan del objetivo que se marcó, Ud. debe enfrentarle con la realidad. Verbalizar el tema de la confianza como eje de la relación y base de las reglas del juego funciona sorprendentemente bien. Su paciente desea mantener su confianza, no decepcionarle, y este deseo puede contribuir a que cumpla con las citas de seguimiento que Ud. le marque.





Si en este marco, el paciente le comunica que no ha logrado el objetivo marcado en la última consulta, Ud. debe insistir en que identifique la mejor estrategia para conseguirlo: «El uso continuado de es un problema serio. ¿Qué cree que le ayudará a (reducir / abandonar) el consumo de ?».

- Para asegurar un buen seguimiento es preciso registrar en la historia clínica todos los pasos de la intervención breve desde su inicio.
- Si una vez realizada la intervención breve, y tras diversas sesiones de seguimiento, a medio plazo su paciente no consigue alcanzar los objetivos que se había marcado, el siguiente objetivo será persuadirle para aceptar acudir a una Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas u otros recursos especializados.

[+ información: Anexo 11]

2. Manejar los retrocesos

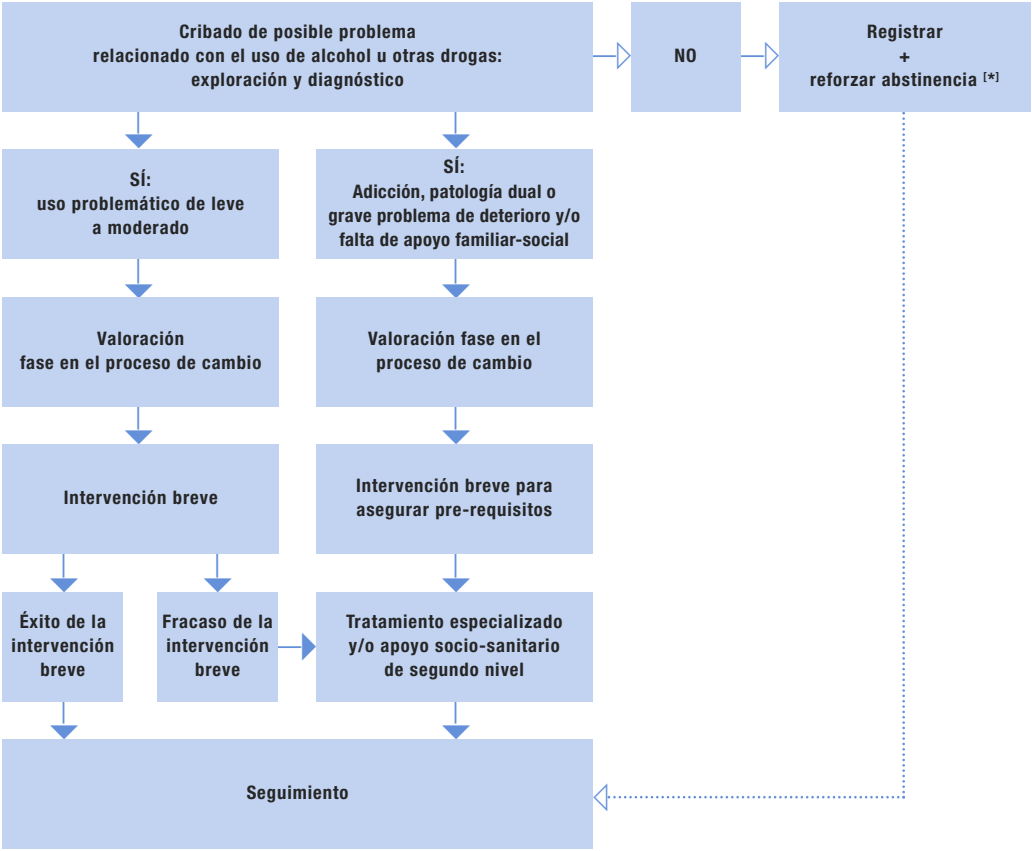
La mayoría de pacientes que tratan de hacer cambios en sus comportamientos de consumo de alcohol y otras drogas, vuelven en reiteradas ocasiones —al menos durante un tiempo— a sus patrones de consumo anteriores, regresando también a etapas cognitivas anteriores en el proceso de cambio, generalmente: contemplación o preparación.

Esta es una realidad con la que Ud. debe contar.

Con la supervisión adecuada, muchas personas pueden superar esta fase cuando se les ayuda a percibirla y manejarla como un periodo de aprendizaje en el que deben identificar los motivos de recaída y prever su aparición, así como tener previstas conductas alternativas al consumo adecuadas para superarlos.

RESUMEN DE LA INTERVENCIÓN: ÁRBOL DE DECISIONES

El siguiente algoritmo presenta de forma esquemática los pasos presentados en esta guía. Pasos que pueden desarrollarse desde la Atención Primaria, ante un paciente potencialmente expuesto a problemas relacionados con el consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas.



[*] La evolución clínica de cada paciente permite valorar si, a largo plazo, y en el marco de la promoción de hábitos de vida saludables, existen situaciones en las que puede ser beneficioso revisar si se mantiene la abstinencia (cada dos años por ejemplo).

Este árbol de decisiones resume, a modo de mapa de ruta, los pasos a seguir desde el cribado hasta el seguimiento.

CLAVES DE LA ACTUACIÓN

La mayoría de estudios centrados en evaluar la eficacia de la intervención breve, han obtenido resultados muy positivos con pacientes que mantienen consumos entre moderados y de riesgo. También se ha observado que los resultados mejoran cuando los profesionales de la salud aplican los siguientes principios básicos en sus intervenciones:

ACTITUD POSITIVA

- Creer que su actuación es eficaz.
- Transmitir interés en ayudar y seguridad en la viabilidad del cambio.
- Mostrar una actitud empática y de apoyo, capaz de generar un clima seguro, en el que su paciente se sienta cómodo y motivado para volver a la consulta, incluso si no logra alcanzar con éxito los objetivos propuestos.
- Tener en cuenta el lenguaje y las distintas sensibilidades para afrontar problemas que puede tener cada paciente según su edad, género, valores, nivel cultural o país y cultura de procedencia.



CONTENIDO BASADO EN LA EVIDENCIA DE EFECTIVIDAD

- Asegurar que la intervención adoptada está basada en la evidencia de efectividad.
- Individualizar y adaptar el consejo al máximo, considerando los factores de riesgo más importantes de cada persona: personalizar tanto riesgos como beneficios.
- Negociar objetivos de cambio que sean alcanzables en cada momento y que permitan llegar, de forma progresiva, a una modificación importante y estable en los patrones de uso de drogas.
- En cada sesión: no sobrecargar al paciente con excesivas informaciones y tareas.
- Apoyar y reforzar cualquier progreso, aunque sea pequeño, considerando que los cambios de conducta no son fáciles.

REGISTRO Y SEGUIMIENTO

- Registrar en la historia clínica los temas abordados y el consejo administrado en cada sesión así como aspectos a tratar en próximas visitas.
- Emplazar al paciente para —al menos— una visita de seguimiento, y valorar la necesidad de mantenerlo el tiempo necesario en cada caso.

ATENCIÓN A SITUACIONES DE URGENCIA POR INTOXICACIÓN AGUDA

En alguna ocasión es posible que Ud. deba atender situaciones de urgencia por intoxicaciones agudas de alcohol, opiáceos y psicoestimulantes.

Puede que el paciente haya acudido al centro de Salud por sí mismo porque se encuentra mal, o puede que haya sido traído por familiares, amigos, u otras personas que lo encontraron en la calle.

Es posible que Ud. no pueda conocer el tóxico implicado. En este caso puede ser de utilidad, tanto para el diagnóstico como en la actuación terapéutica, la exploración de una serie de síntomas y/o signos como:

- ☐ Alteración del nivel de conciencia.
- ☐ Convulsiones sin antecedentes conocidos previos.
- ☐ Inicio agudo de los síntomas.
- ☐ Afectación multiorgánica o multisistémica.



En cualquier caso es prioritario:

1. Comprobar y/o restaurar las funciones vitales mediante soporte cardiorrespiratorio.
2. Disminuir o parar la absorción del tóxico, administrar el antídoto —si existe— y aumentar la excreción del tóxico en la medida de lo posible.
3. Realizar una evaluación para: descartar hipoglucemia, rabdomiolisis, traumatismo craneoencefálico, hemorragia digestiva, edema agudo de pulmón, depresión respiratoria, coma, etc.).
4. Atender a síntomas agudos, por ejemplo: corregir la hipoxia.
5. Recoger muestras de orina y sangre para la realización de pruebas complementarias, instaurar tratamiento si se trata de una intoxicación por opiáceos (naloxona).
6. Una vez estabilizado el paciente, cursar derivación al hospital en situación adecuada.

Selección bibliográfica para ampliar información

- ACTUALIZACIÓN 2005 PAPPS. (2005). *Atención Primaria*; 36 (2):131-40.
- ALONSO SANZ, C.; SALVADOR LLIVINA T.; SUELVES JOANXICH, J.M.; JIMÉNEZ GARCÍA-PASCUAL, R. y MARTINEZ-HIGUERAS, I. (2004). Prevención de la A a la Z. Glosario sobre prevención del abuso de drogas. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.
- BABOR, T.F. y HIGGINS-BIDDLE, J.C. (2001). Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care. Geneva: World Health Organisation, Document No. WHO/MSD/MSB/01.6b. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/HQ/2001/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf
- CABEZAS PEÑA, M.C. (2006). Evidencias de las intervenciones sobre los estilos de vida. C@P-semFYC. Disponible en: <http://www.cap-semfyc.com>
- CASADO VICENTE, V. y ARAÚZO PALACIOS D. (2004). Intervención en drogas desde atención primaria: revisión de guías clínicas. *Adicciones*; 16 (3): 225-234.
- CORDOBA R.; DELGADO M.T.; PICO, V.; ALTISENT R.; FORES, D.; MONREAL, A.; FRISAS, O. y LÓPEZ DEL VAL, A. (1998). Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-centre study. *Family Practice*, 15 (6), 562-588.
- DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH AND SUBSTANCE DEPENDENCE. (2003). Brief intervention for substance use: a manual for use in primary care. Version 1.1 for Field Testing. Geneva: World Health Organization. Disponible en: http://www.adp.ca.gov/SBI/pdfs/Brief_Intervention.pdf
- GAINZA, I.; NOGUÉ, S.; MARTÍNEZ VELASCO, C.; HOFFMAN R.S.; BURILLO-PUTZE y DUEÑAS, A. (2003). Intoxicación por drogas. *Anales Sis San Navarra*; 26 (1): 99-128.
- GRUPO DE EDUCACIÓN SANITARIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL PAPPS. (2005). Guía de referencia rápida para abordar el abuso de alcohol. Barcelona: Sociedad española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC).
- LIZARRAGA, S. y AYARRA, M. (2002). Entrevista motivacional. Disponible en: <http://www.cfnavarra>
- MARTIN ZURRO, A. (2004). Editorial. *Atención Primaria*; 33(6): 295-296.
- MEGIAS, E.; BRAVO, M.J.; JÚCLEZ, J.; NAVARRO, J.; RODRÍGUEZ, E. y ZARCO, J. (2001). La Atención Primaria de Salud ante las drogodependencias. Madrid: FAD.
- PHYSICIAN LEADERSHIP ON NATIONAL DRUG POLICY. (2002). Adolescent substance abuse: a Public Healthpriority. An evidence-based, comprehensive, and integrative approach. Disponible en: <http://www.plndp.org/>
- PROCHASKA, J.A.; DICLEMENTE, C.C. y NORCROSS, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviour. *Am. Psych.* 47:1102-1114.
- TO-FIGUERAS, J.; GARCÍA S.; DE PABLO, J.; CÁMARA, M.; SANJURJO, E.; NOGUÉ, S. y MIRÓ, O. (2005). Urgencias por consumo de drogas de abuso: confrontación entre los datos clínicos y los analíticos. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 17 (1): 26-31.
- ZARCO MONTEJO, J.; CAUDEVILLA GÁLLIGO, F.; CABEZAS PEÑA, C. y NAVARRO CAÑADAS, C. (2007). Conductas de riesgo adictivo. En: Casado Vicente, V.; Calero Muñoz, S., Cordon Granados *et al*, editores. Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona: SEMFYC ediciones: 1201-64.
- ZARCO MONTEJO, J.; CAUDEVILLA GALLIGO, F.; LÓPEZ SANTIAGO, A.; ÁLVAREZ MAZARIEGOS, J.A. y MARTÍNEZ OSORIO, S. (2007). El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas. Barcelona: SEMFYC ediciones.

NOTAS

NOTAS

NOTAS

ÍNDICE DE ANEXOS

RIESGOS ASOCIADOS AL USO DE DROGAS Y EVIDENCIA DE EFECTIVIDAD PARA LAS DISTINTAS ACTUACIONES DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

- anexo 1. Drogas: características y riesgos para la salud del consumo de alcohol u otras drogas
- anexo 2. Recomendaciones PAPPs en relación al alcohol
- anexo 3. Evidencia de efectividad para las distintas actuaciones desde la Atención Primaria y fuerza de cada recomendación
- anexo 4. Interacciones y efectos adversos del consumo de alcohol u otras drogas de abuso y diversos medicamentos

INSTRUMENTOS DE TRABAJO

- anexo 5. Cuestionario ASSIT
- anexo 6. Cuestionario AUDIT
- anexo 7. Cuestionario CAGE
- anexo 8. Definiciones y pautas diagnósticas
- anexo 9. Modelo de los estadios de cambio
- anexo 10. Entrevista motivacional

RECURSOS ESPECIALIZADOS EN LA RIOJA

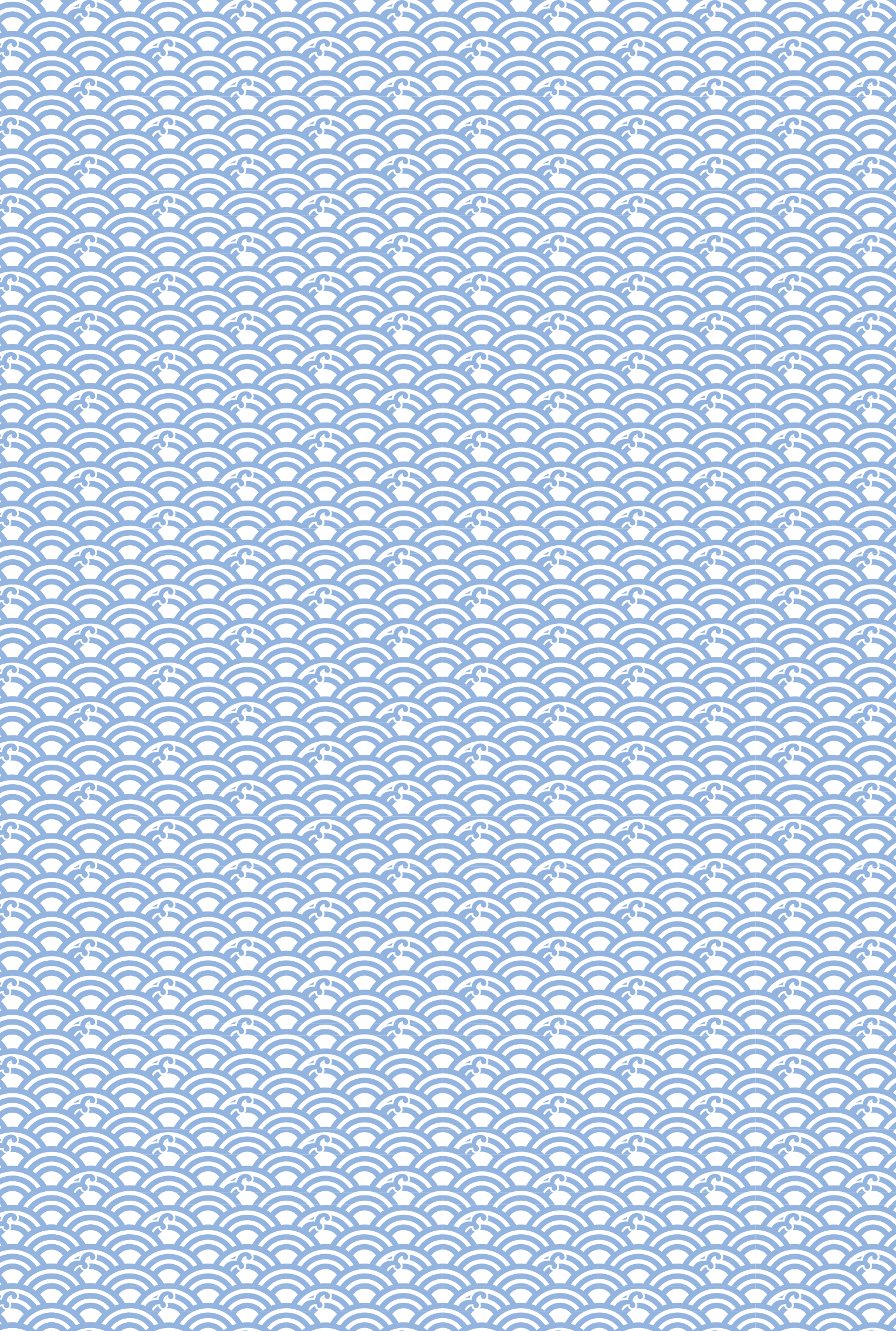
- anexo 11. Recursos sobre drogas en La Rioja

MITOS EN RELACIÓN A LAS DROGAS

- anexo 12. Mitos en relación a las drogas

GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ARGOT

- anexo 13. Glosario de términos
- anexo 14. Argot



RIESGOS ASOCIADOS AL USO DE DROGAS Y EVIDENCIA DE EFECTIVIDAD PARA LAS DISTINTAS ACTUACIONES DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Drogas: características y riesgos para la salud del consumo de alcohol u otras drogas

Todo consumo de drogas implica riesgos potenciales de afectación física y/o mental. El grado de afectación depende tanto de la situación y características del paciente, como de las propiedades de cada sustancia, la frecuencia de uso, así como la cantidad consumida y las formas de administración.

Alcohol

Químicamente, los alcoholes son un amplio grupo de compuestos orgánicos derivados de hidrocarburos y que contienen uno o más grupos (-OH). Generalmente, cuando hablamos de «alcohol» nos referimos al alcohol etílico o etanol (C₂ H₅ OH), el cual es el componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas. Por extensión, el término «alcohol» se usa también para referirse a las bebidas alcohólicas.

Los efectos del consumo de alcohol varían según las personas y las cantidades ingeridas, los principales factores son:

- La edad: las personas con menos edad y que se encuentran en un proceso de desarrollo físico y hormonal son más vulnerables a sufrir una intoxicación (la dosis letal de etanol en adultos se encuentra entre los 5 y 8g/kg. de peso, mientras que para los niños es de 3g/kg. de peso).
- El peso: las personas con menor peso toleran menos cantidad de alcohol que las de mayor peso.
- El sexo: las mujeres toleran menor cantidad de etanol en su cuerpo que los hombres.
- Otros factores concurrentes, por ejemplo, la intoxicación es menos probable si: se bebe después de alguna comida, se bebe pausadamente, realizando tragos cortos y espaciados en el tiempo.

Efectos psicoactivos. El alcohol es un sedativo/hipnótico con efectos similares a los barbitúricos. Produce dependencia tanto física como psicológica; al ser una sustancia depre-

sora del sistema nervioso central, el tiempo necesario para desarrollar dependencia física es muy breve. Un consumo continuado y abundante produce tolerancia y dependencia, así como síndrome de abstinencia, que se caracteriza por su gravedad, cursando en tres fases:

- PRIMERA FASE: comienza entre cinco y seis horas después de dejar de beber y se caracteriza por dolor de cabeza, agitación, temblores graves, náuseas y vómitos, gran sudoración, somnolencia, calambres e incluso alucinaciones.
- SEGUNDA FASE: tiene lugar entre las 15 y las 30 horas después de dejar de beber, en ella se mantienen los síntomas anteriores y aparecen convulsiones.
- TERCERA FASE: recibe el nombre de delirium tremens. Cursa con confusión, ilusiones extrañas, alucinaciones perturbadoras, agitación, midriasis, diaforesis, taquipnea, hipertermia y taquicardia. Puede llegar a ser mortal.

Otros efectos y riesgos para la salud. El consumo de alcohol puede resultar muy tóxico, pudiendo producir incluso la muerte. La intoxicación aguda con alcohol está asociada con:

- comportamiento agresivo y violento,
- aumento del riesgo de accidentes y lesiones,
- náuseas y vómitos,
- resacas (dolor de cabeza, deshidratación, náuseas, etc.).

Si bien el nivel en que el alcohol incrementa el riesgo de daños o enfermedades depende de la interpretación más o menos conservadora que se haga de los datos epidemiológicos, en general se considera:

Consumo de riesgo:

- En hombres (cuando se consumen entre 17 y 28 unidades de alcohol [UBE]* a la semana)
- En mujeres (cuando se consumen entre 11 y 17 unidades de alcohol [UBE] a la semana)

Consumo de alto riesgo:

- Hombres (cuando se consumen a partir de 28 unidades de alcohol [UBE] a la semana)
- Mujeres (cuando se consumen a partir de 18 unidades de alcohol [UBE] a la semana)

* Una UBE equivale a: Una caña o quinto de cerveza (20ml.); Un vaso de vino (100 ml.); Una copa de cava (50 ml.); Un carajillo (25 ml.); Media copa de coñac (25 ml.); Medio vaso de whisky (25 ml.); Medio combinado (25 ml.); Medio vermut (25 ml.)

El consumo crónico excesivo puede afectar a cualquier parte del cuerpo y conducir a largo plazo problemas de salud y dependencia. Así, el abuso puede asociarse a un amplio rango de enfermedades agudas y crónicas como:

- **Problemas hepáticos.** La ingesta de alcohol, aunque no sea abusiva y continuada, promueve la acumulación de grasa en el hígado, provocada por la metabolización del etanol en este órgano, que puede llegar a ocasionar complicaciones hepáticas e incluso cirrosis.
- **Trastornos del sistema nervioso central.** El consumo excesivo y continuado afecta al sistema nervioso produciendo lesión cerebral permanente, amnesia, déficits cognitivos y desorientación. También puede provocar psicosis y demencias; alteraciones de sueño; y dificultades respiratorias (baja ventilación).
- **Hipertensión arterial y accidentes cerebro-vasculares.**
- **Problemas hematológicos.** Déficit en el sistema inmunitario: incremento del riesgo de infecciones, y anemias en las personas alcohólicas.
- **Problemas gastrointestinales.** Afectación de la motilidad y la secreción intestinal: gastritis; úlceras de estómago; estreñimiento o diarrea; e inflamación del páncreas.
- **Problemas sexuales y del aparato reproductor.** El consumo abusivo de alcohol provoca una alteración en

los órganos reproductores que puede ocasionar impotencia en los hombres y alteración en la regla o la menstruación en las mujeres, pudiendo llegar a la esterilidad.

- **Trastornos psicológicos.** Incrementándose el riesgo de sufrir problemas de ansiedad, depresión y suicidio.
- **Envejecimiento prematuro.** Incluidos problemas como movilidad reducida como consecuencia de la osteoporosis, gota, y daños musculares.
- **Cáncer.** Incremento del riesgo de cáncer de boca, laringe y mama.
- **Problemas durante el embarazo.** El consumo de alcohol en embarazadas afecta al desarrollo del feto, provocando el síndrome alcohólico fetal que puede generar malformaciones en el feto, daño en el sistema nervioso central, retraso del desarrollo y bajo peso al nacer, además de afectar al sistema inmunitario del feto, lo que lo hace más vulnerable a las infecciones.
- **Interacciones con diversos medicamentos y efectos adversos.** La combinación del alcohol con diversos medicamentos puede tener importantes efectos adversos, especialmente en personas de edad avanzada (ver Anexo 2).

Alucinógenos

Agentes psicoactivos que se clasifican en función de su estructura química y de su similitud con determinados neurotransmisores. En primer lugar destacan las sustancias relacionadas con las catecolaminas como, por ejemplo, la mescalina que es el alcaloide principal del cactus Peyote y que presenta unos efectos parecidos a la LSD pero es menos potente. En segundo lugar existe una gran variedad de alucinógenos cuya estructura química está íntimamente relacionada con la serotonina, entre los cuales está la psilobicina, psilocina, etc. En tercer lugar, el grupo prototípico es el relacionado con el ácido lisérgico, entre los que el producto alucinógeno más prototípico, más potente y mejor estudiado es la lisérgida, dietilamida del ácido lisérgico o

LSD-25, el cual es el alucinógeno de referencia para el estudio de los efectos farmacológicos.

Efectos psicoactivos. Alteraciones el pensamiento y las emociones. Incluyen cambios en la percepción, sobre todo en la esfera de lo visual y en la sensación subjetiva del tiempo, cambios en el umbral emocional frente a los estímulos externos (por ejemplo, puede aumentar enormemente la capacidad de sugestión) y cambios en la organización del pensamiento, siendo característica la profusión atolondrada de ideas que el sujeto se ve incapaz de verbalizar ordenadamente y que, en condiciones normales, inducen a una percepción trascendental de la experiencia. Todos estos cambios dependen extraordinariamente del estado emocional previo de la persona y del entorno en que se produce la experiencia. En condiciones adversas, estos cambios en la organización del pensamiento pueden conducir a reacciones de pánico (*bad trips*) que pueden requerir asistencia psiquiátrica de urgencia. El consumo de la LSD también puede producir la aparición de problemas psiquiátricos latentes y trastornos de la percepción post-ingesta o *flashbacks*.

La intoxicación, algunas veces llamada «viaje» está asociada a cambios en la experiencia sensorial que incluyen ilusiones visuales y alucinaciones, una percepción acrecentada de los estímulos externos y una conciencia intensificada de los pensamientos y estímulos internos. Estas alucinaciones, que se producen a un nivel claro de conciencia y en ausencia de confusión, pueden ser psicodélicas y psicotomiméticas. Psicodélico es el término empleado para definir la experiencia subjetiva de que, debido a una percepción sensorial incrementada, la mente se expande, se entra en comunión con la humanidad o con el universo y se tiene algún tipo de experiencia religiosa. El término psicotomimético significa que la experiencia mimetiza un estado de psicosis, aunque su similitud con ésta es superficial.

A largo plazo son habituales los *flash-backs*, fenómeno de vuelta atrás consistente en experimentar las mismas sensa-

ciones aunque no se haya producido un consumo. Este episodio puede suceder días, e incluso meses después del último consumo; llegando en algunos casos a producirse después de cinco o seis años.

Un consumo prolongado y abusivo puede desencadenar psicosis esquizofrénica y alteraciones de la memoria y del pensamiento, que necesiten un tratamiento específico psiquiátrico.

Otros efectos y riesgos para la salud. El consumo puede incrementar el riesgo de accidentes o suicidio, cuando se está bajo los efectos de esta sustancia, aunque no se ha conocido ningún caso de muerte causada directamente por el efecto del L:S.D-25.

Un consumo prolongado y abusivo puede desencadenar psicosis esquizofrénica; así como alteraciones de la memoria y del pensamiento, que requieren tratamiento psiquiátrico.

Anabolizantes

Los anabolizantes hormonales son variaciones moleculares de los andrógenos. En su empleo clínico debe tenerse en cuenta que tienen acción androgénica significativa, aunque inferior a la de los compuestos clasificados propiamente como andrógenos. Su efecto anabolizante requiere un aporte dietético suficiente en proteínas y calorías y su utilidad médica principal se encuentra en las alteraciones del metabolismo proteico (con pérdida de masa muscular) que aparecen asociadas a tratamientos con anticancerígenos o con dosis altas de corticoides, o bien a infecciones graves, quemaduras, enfermedades crónicas, etc.

Los anabolizantes no hormonales tienen como componente la cobamamida, que es la forma fisiológicamente activa de la vitamina B12. En ensayos farmacológicos ha demostrado que favorece el proceso de síntesis de proteínas, pero no



parece que exista evidencia de que tal acción experimental tenga aplicación útil en la práctica clínica.

Efectos físicos y riesgos para la salud: Hipertrofia prostática benigna, alopecia, formación de acné y riesgo de incremento de conductas agresivas. Disfunciones hepáticas, alteraciones en los niveles de colesterol, disminución de las inmunoglobulinas.

Anfetaminas / Metamfetina (*Speed*)

Las anfetaminas constituyen y de los grupos más amplios de drogas sintéticas con poderoso efecto estimulante sobre el sistema nervioso. La anfetamina (alfa-metil-fenil-etil-amina) se introdujo en el mercado europeo a principios de los años 30 con el nombre de Benzedrina, como una alternativa a la efedrina en el tratamiento del asma y la narcolepsia. Hasta los años 80 las especialidades farmacéuticas conteniendo anfetaminas fueron ampliamente consumidas en occidente como fármacos para combatir la fatiga y el sobrepeso, a menudo sin prescripción médica, así como con fines recreativos. Paralelamente, otro derivado —la metamfetamina o *speed*— ha sido la principal anfetamina sintetizada en los laboratorios clandestinos.

Efectos psicoactivos. Sensación de bienestar físico y mental, poder y confianza, hilaridad y euforia, incremento de la sensación de energía y de alerta, reducción del hambre y la fatiga, reducción del sueño, mejora de la ejecución en tareas físicas y mentales (estudiantes, deportistas, conductores, trabajadores nocturnos, etc.). Los efectos físicos característicos de las anfetaminas a dosis bajas son el incremento de la frecuencia respiratoria y cardíaca, elevación de la presión sanguínea y la temperatura corporal, sudoración, dilatación pupilar, sequedad en la boca, diarrea, pérdida de apetito. Después de estos efectos es posible que se presente un fenómeno de rebote, produciendo fatiga acumulada, embotamiento intelectual y mucho sueño. En dosis altas se intensifican estos

signos y normalmente producen locuacidad, sensación de fuerza, hipervigilancia, insomnio y juicios erróneos. El abandono después de un uso prolongado produce síndrome de abstinencia, con humor deprimido, fatiga y trastornos del sueño.

Otros efectos y riesgos para la salud. El consumo crónico generalmente induce cambios de personalidad y conducta: conductas estereotipadas, movimientos repetitivos, aumento de la sudoración, sequedad de boca, vértigo, temblores, conducta anormal, inquietud, irritabilidad, agresividad e incluso puede inducir pánico y psicosis paranoide (psicosis anfetamínica).

Ansiolíticos – Barbitúricos

Inductores del sueño, son derivados del ácido barbitúrico o malonilurea.

Efectos psicoactivos. Depresión extendida de la actividad neuronal a través del sistema nervioso central. A pequeñas dosis producen disminución de la atención y de la concentración, disminución de la ansiedad y de las emociones, y una discreta pérdida de la capacidad para realizar tareas de coordinación muscular. A medida que el efecto avanza por aumento de la dosis, se incrementa la incapacidad para realizar tareas mentales o motoras, el lenguaje se vuelve más lento y dificultoso y la velocidad de acción y la coordinación neuromuscular se van reduciendo progresivamente, hasta aparecer disminución del nivel de conciencia. Su consumo habitual genera dependencia y produce tolerancia al poco tiempo de iniciado su uso regular.

Otros efectos y riesgos para la salud. La supresión de su ingesta habitual produce graves crisis, con aparición de alteraciones nerviosas, convulsiones, náuseas, vómitos y manifestaciones de terror. A dosis altas pueden llegar a producir coma y depresión respiratoria, existiendo riesgo de muerte por sobredosis.

Ansiolíticos – Benzodiacepinas

Se utilizan para el tratamiento de los trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada (TAG), fobias específicas, trastorno de pánico, fobia social o agorafobia), así como del trastorno bipolar, la epilepsia y otras enfermedades mentales.

Efectos psicoactivos. Acción depresora del sistema nervioso central. Disminuyen o eliminan los síntomas de la ansiedad. Quienes abusan de las benzodiacepinas desarrollan un alto grado de tolerancia, así como subidas en escaladas de las dosis a niveles muy elevadas. Su uso prolongado genera dependencia física y psicológica, síndrome de abstinencia y tolerancia.

Otros efectos y riesgos para la salud. El abuso de benzodiacepinas puede generar: somnolencia, vértigo, problemas intestinales, visión borrosa y otros cambios en la visión, dolor de cabeza, confusión, depresión, trastornos de la coordinación, trastornos del ritmo cardíaco, temblores, debilidad, amnesia anterógrada, tambaleos, trastornos del sueño, tolerancia cruzada con el alcohol, entre otros problemas.

Antidepresivos

Uno de los grupos de agentes psicoactivos prescritos para el tratamiento de desórdenes depresivos, siendo también usado en otras condiciones como el desorden de pánico. Hay dudas sobre si produce dependencia o síndrome de abstinencia, por lo que se incluyen en la categoría F55 del ICD-10, abuso de sustancias que no producen dependencia.

Efectos psicoactivos. Todos los antidepresivos actúan aumentando la concentración de aminas neurotransmisoras en la sinapsis. Una vez producido el impulso nervioso, el 95% de las aminas liberadas son vueltas a recaptar por la neurona

presináptica en preparación del siguiente impulso. El 5% no recaptado es destruido por el enzima mono-amino-oxidasa (MAO). Hay por consiguiente tres posibilidades de aumentar la concentración sináptica de mediadores de la transmisión:

- Inhibir su recaptación por la neurona presináptica: Este es el mecanismo de acción de los antidepresivos tricíclicos y afines.
- Impedir su destrucción por la MAO: los inhibidores de la MAO se usan sobre todo en casos resistentes a los medicamentos anteriores y en las denominadas depresiones atípicas.
- Administrar precursores de aminas neurotransmisoras.

Otros efectos y riesgos para la salud. El abuso de antidepresivos puede causar crisis de ansiedad, irritabilidad, insomnio intermedio y disforia.

Barbitúricos. Ver ansiolíticos-barbitúricos.

Cafeína

La cafeína y sustancias relacionadas como la teofilina y la teobromina (denominadas xantinas) son los principales ingredientes psicoactivos del café, el té, las bebidas de cola y el cacao.

Efectos psicoactivos. Las xantinas tienen efectos estimulantes del Sistema Nervioso Central, disminuyen la sensación de fatiga y pueden mejorar la realización de determinadas tareas.

Otros efectos y riesgos para la salud. En dosis excesivas pueden producir excitación, temblor, ansiedad e insomnio. En consumidores excesivos de café, por ejemplo, se ha descrito la aparición de un síndrome de abstinencia caracterizado por cefaleas, irritabilidad y letargia.

Cannabis

Se obtiene a partir de la planta *Cannabis sativa* y su principio activo más importante desde el punto de vista psicoactivo es el THC (delta-9-tetrahidrocannabinol). Esta planta da lugar a distintas preparaciones, de las cuales el hachís es la más popular en nuestro medio. Para consumirlo se deshecha con calor y se mezcla con tabaco rubio («porro»). El aceite de hachís se extrae de la resina de la planta de Cannabis. Se obtiene al verter las cabezas con flores o la resina en un disolvente como acetona, alcohol o gasolina. La mezcla se filtra y el disolvente se evapora parcialmente, quedando una sustancia de color marrón cuya viscosidad depende de la cantidad de disolvente evaporado. Para consumirlo puede extenderse una pequeña cantidad a lo largo de la parte exterior de un cigarrillo. La cantidad de THC, y por tanto su potencia, varía según el tipo, el lugar y la manera en que se cultiva la planta de cannabis, y también según la preparación, pudiendo variar del 5 al 10% en la marihuana, hasta el 20% en la resina de cannabis y hasta el 85% en el aceite de hachís.

Efectos psicoactivos. Sus efectos pueden variar, no sólo en función de la dosis, calidad, tipo de preparación y vía de administración, sino también de las expectativas y experiencia de quien lo consume. Estos efectos se sitúan a medio camino entre los del alcohol y los de las drogas que afectan a la percepción. Inicialmente se presentan efectos eufórico-disfóricos, para después producir aturdimiento y somnolencia. Aparecen cambios en la percepción subjetiva del tiempo, en la esfera de lo visual y, en general, una sobreestimación sensorial. Se pierde la capacidad para realizar pequeñas tareas que requieran un cierto número de procesos y aparecen trastornos en la capacidad de concentración y de la memoria inmediata. También destacan las alteraciones en la coordinación motora y los efectos cardiovasculares. El consumo regular genera una gran tolerancia y dependencia. Las manifestaciones del síndrome de abstinencia al cannabis suelen

ser poco significativas, e incluyen síntomas leves como irritabilidad y trastornos del sueño.

Otros efectos y riesgos para la salud. La intoxicación aguda con cannabis se asocia a un mayor riesgo de: ansiedad, disforia, paranoia, pánico, náuseas, deterioro de la atención y la memoria, posible aumento del riesgo de accidentes y lesiones. El uso crónico puede afectar la memoria y el rendimiento neuropsicológico (capacidad de aprendizaje), desmotivación y posibles alteraciones psiquiátricas.

Cloretilo

El cloruro de etilo es un anestésico local muy utilizado en medicina deportiva y personas que practican algún deporte con frecuencia.

Efectos psicoactivos. Efectos euforizantes y excitantes.

Otros efectos y riesgos para la salud. Los efectos adversos más característicos son dermatitis de contacto, rojeces, ya que el intenso frío y la congelación puede alterar la pigmentación e incluso quemaduras por frío, si se administra de forma excesiva. También produce alteraciones en el comportamiento, siendo las más frecuentes agresividad, impulsividad y juicio alterado. Se producen arritmias, depresión del sistema nervioso, asfixia, convulsiones, que pueden llevar al coma e incluso a la muerte súbita.

Cocaína

Es el principal alcaloide de un arbusto denominado *Erithroxylon coca*, que se cultiva en la zona occidental de América del Sur (Colombia, Perú y Bolivia).

Efectos psicoactivos. Actúa como otros estimulantes del Sistema Nervioso Central aunque sus efectos son de menor

duración. Entre ellos destacan: sensación de euforia y excitación, elevación del estado de ánimo, menor percepción de la fatiga, hiperactividad verbal (verborrea) y motora, aumento de la sociabilidad. En consumidores habituales después de este estado se produce cansancio y apatía, que incita a consumir de nuevo. En el caso del Crack la adicción se instaura muy rápidamente.

Otros efectos y riesgos para la salud. Fisiológicamente se produce elevación de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial, reducción del sueño e inhibición del apetito, aumento de la actividad muscular y de la temperatura corporal produciéndose en ocasiones sudoración, temblor y fatiga muscular. El consumo de cocaína, en ocasiones, se ha relacionado con un aumento del interés sexual, afectando a la excitación pudiendo producir eyaculación espontánea, sin estimulación genital directa. Esto unido a la excitación, a la hiperactividad, y a la desinhibición, descritas anteriormente, puede llevar a actos sexuales atípicos o promiscuos sin valorar los riesgos. Aunque parece que el orgasmo se demora puede llegar a presentar disfunciones sexuales, dando lugar a impotencia o frigidez, dificultad en mantener la erección y la eyaculación y pérdida de interés por el sexo; las mujeres pueden padecer alteraciones del ciclo menstrual, amenorrea, infertilidad y dificultad para alcanzar el orgasmo.

Su uso habitual a largo plazo puede desencadenar:

- Trastornos psiquiátricos: Depresión cocaínica, paranoias, conductas violentas y psicosis cocaínica.
- Problemas cardiovasculares: hipertensión, arritmias cardíacas, infartos de miocardio, ruptura de la aorta...
- Problemas pulmonares: hemorragia en los alveolos pulmonares, neumotórax, trombosis pulmonar y reacción de hipersensibilidad pulmonar.
- Problemas en el embarazo: abortos espontáneos, muerte fetal, prematuridad e infartos placentarios.
- Complicaciones renales: puede producir insuficiencia renal.
- Complicaciones otorrinolaringológicas: debido al con-

sumo esnifado produce rinitis crónica hasta producir erosiones o perforaciones del tabique nasal

- Infecciones por la vía de consumo: hepatitis B, SIDA

Crack (crak)

Es el nombre que recibe la cocaína que ha sido transformada hasta obtener una presentación en forma de base libre (en lugar de una sal, como en el caso del clorhidrato de cocaína). Esta presentación de la sustancia permite inhalar los vapores que se producen cuando el crack se calienta en pipas especiales o sobre una hoja de papel de aluminio, con lo que la acción de la sustancia sobre el cerebro aparece de forma muy rápida

Su nombre procede del ruido peculiar que produce el producto al ser calentado en una llama para su uso. Desde su aparición en los años 80 su consumo se ha extendido rápidamente, sobre todo en los estratos sociales más bajos por su menor precio y sus posibilidades de adquisición.

Efectos psicoactivos y otros efectos y riesgos para la salud. Ver Cocaína.

Esteroides anabólicos

Las hormonas esteroides se producen de forma natural en los órganos sexuales masculinos y femeninos, la corteza renal y la placenta. La mayoría de los esteroides anabólicos sintéticos se derivan de la estructura esteroide básica de las testosteronas que se producen en el organismo de forma natural, aunque los fabricantes se esfuerzan (con éxito parcial) en aumentar los efectos anabólicos y reducir los androgénicos. En la práctica deportiva, si se toman conjuntamente con un programa riguroso de entrenamiento y una buena dieta, aumentan la producción de proteínas por el organismo, aumentando la masa muscular y la fuerza. Para mejorar su



competitividad, algunos consumidores también buscan mayor agresividad, que puede ser un efecto secundario asociado a las hormonas masculinas.

Efectos psicoactivos. Aunque no se cree que causen dependencia física, algunos consumidores han llegado a mostrarse psíquicamente dependientes de los esteroides, hasta creer que caería su nivel de rendimiento deportivo sin ellos. Este tipo de dependencia podría acompañarse de letargo y depresión.

El abuso de los esteroides anabólicos difiere del abuso de otras sustancias ilícitas porque inicialmente su consumo no está impulsado por los efectos psicoactivos inmediatos que acompañan a la mayoría de las drogas, sino más bien por el deseo de los usuarios de cambiar su apariencia y su rendimiento atlético, características de gran importancia durante la adolescencia. Los efectos de los esteroides, que incluyen mejorar la confianza y la fuerza, hacen que las personas que abusan de ellos no se fijen en los daños potencialmente serios y de largo plazo que estas sustancias pueden causar.

Otros efectos y riesgos para la salud. Su uso prolongado puede causar hipertensión y altos niveles de colesterol, relacionándose directamente con la posibilidad de afecciones cardíacas, daños hepáticos (incluyendo ictericia, tumores, hemorragias y fallo hepático), bloqueo del crecimiento óseo, desórdenes psíquicos como la paranoia, así como diversos cambios reversibles e irreversibles en el funcionamiento del sistema hormonal.

Éxtasis o MDMA

La MDMA (metilenodioximetanfetamina) o «éxtasis» es una de las variantes de las anfetaminas sintetizadas a principios de siglo y que fueron descartadas comercialmente por sus efectos adversos. En este mismo caso se encuentra la MDA o «píldora del amor» (metilenodioxianfetamina) y la MDE, MDME o «Eva» (metilenodioxietilfetamina).

Efectos psicoactivos. Sus efectos predominantes son de tipo anfetamínico pero también presentan efectos sobre la percepción, es decir, un perfil entre la anfetamina y el LSD. Causa un efecto vigorizante, eufórico, calidez emocional y distorsión en la percepción del tiempo y de las experiencias táctiles. Para describir efectos se acuñó el término «entactógeno», con el fin de enfatizar los efectos empáticos y facilitadores de la intimación que suelen producir estas sustancias. Puede causar adicción y el síndrome de abstinencia asociado con la suspensión de su uso incluye: fatiga, pérdida del apetito, depresión y problemas de concentración.

Otros efectos y riesgos para la salud. Se han identificado diferentes complicaciones agudas del uso de MDMA entre las que destacan las reacciones psicopatológicas (crisis de ansiedad, ideación paranoide, episodios psicóticos, etc.), las complicaciones cardiovasculares (derivadas de la acción simpático-mimética de la droga) y, en algunos casos, un aumento de la temperatura corporal que puede provocar el denominado «golpe de calor». No se conocen bien las repercusiones sanitarias del uso continuado de MDMA, pero algunos trabajos experimentales han sugerido que el uso prolongado de estas sustancias podría causar daños —tal vez irreversibles— en algunas estructuras del Sistema Nervioso Central, así como posibles problemas hepáticos y renales.

Éxtasis Líquido - GHB

El G.H.B (gamma-hidroxi-butirato), es una droga de síntesis. Su nombres equivoco i, ya que al ser depresor produce el efecto contrario al éxtasis (droga estimulante).

Efectos psicoactivos. Es una sustancia depresora del Sistema Nervioso Central. En dosis bajas, los efectos son parecidos a los del alcohol, produciendo relajación, desinhibición social, elevación del estado de ánimo, etc. Aumentando la dosis provoca una depresión del Sistema Nervioso, acompañada de anestesia.



Otros efectos y riesgos para la salud. El margen que existe entre una dosis recreacional y una dosis tóxica en el uso del G.H.B. es muy pequeña, equivalente a una sola unidad de dosificación (1 ó 2 gr.); incluso el consumir alcohol con G.H.B. puede llevar a una sobredosis aunque la cantidad haya sido relativamente pequeña. A dosis aún más elevadas (10 mgr/kg) produce anestesia e hipotonía muscular (falta de tensión muscular), éstos síntomas van aumentando a medida que la dosis es mayor llegando a producir náuseas, vómitos e incluso en ocasiones coma. Es frecuente que aparezca, cefalea, incontinencia urinaria, temblores, y dificultades respiratorias después del consumo de esta sustancia. En dosis altas, los efectos sedantes del GHB pueden provocar sueño, el estado de coma o la muerte. Los efectos que se pueden llegar a producir a largo plazo después de un consumo prolongado, no están descritos; pero podrían ser similares a los del alcoholismo. El uso combinado con otras drogas como el alcohol puede dar lugar a efectos adversos adicionales como náuseas y dificultad respiratoria.

Hachís

El hachís, costo o chocolate, es una picadura o polvo untuoso de color verde oscuro o pardo, obtenido tras pulverizar hojas y flores femeninas de cannabis, aglutinadas mediante resinas y prensadas para obtener una masa de consistencia dura. Se presenta en forma de tabletas.

Efectos psicoactivos y otros efectos y riesgos para la salud. Ver Cannabis.

Heroína

Derivado opiáceo sintético que tiene el nombre químico de diacetilmorfina o diamorfina. Es el analgésico de origen natural más poderoso que se conoce y es más adictiva que la morfina.

Efectos psicoactivos. Produce una sensación de euforia placentera con un alivio total de todas las tensiones y ansiedades. Con el uso regular, se produce tolerancia que lleva a incrementar el consumo para mantener el funcionamiento habitual y evitar las molestias asociadas al síndrome de abstinencia. El síndrome de abstinencia se caracteriza por inquietud, irritabilidad, bostezos, temblores, secreción de moquillo y lágrimas, sudoración y estornudos incontrolados, dolores en las extremidades y dilatación pupilar, escalofríos y «carne de gallina», fiebre, calambres, espasmos musculares, diarrea, vómitos, etc. Su duración varía con el individuo y el grado de dependencia, aunque puede superarse sin demasiadas dificultades.

Otros efectos y riesgos para la salud. Después de los efectos iniciales, las personas que mantienen un consumo regular se sienten somnolientas por varias horas. La función mental se ofusca por el efecto de la heroína en el sistema nervioso central. La función cardíaca disminuye. La respiración también se deprime enormemente, a veces hasta el punto de causar la muerte. La sobredosis de heroína puede ser particularmente peligrosa en la calle, donde no se puede determinar con certeza la cantidad y la pureza de la droga.

Uno de los efectos más perjudiciales de la heroína es la adicción en sí. La adicción es una enfermedad crónica con recaídas, caracterizada por la búsqueda y uso compulsivo de drogas y por cambios neuroquímicos y moleculares en el cerebro. La heroína produce una alta tolerancia y dependencia física, que también son factores poderosos que motivan su uso compulsivo y abuso.

Las consecuencias médicas del uso crónico de la heroína mediante inyección incluyen venas cicatrizadas o colapsadas, infecciones bacterianas de los vasos sanguíneos, abscesos y otras infecciones de los tejidos blandos, así como enfermedades hepáticas o renales. Las complicaciones pulmonares (incluyendo varios tipos de neumonía y tuberculosis) pueden ser el resultado de la mala salud de la persona usuaria, así como de los efectos depresivos de la heroína sobre la respiración. Compartir las



jeringuillas de inyección conlleva las consecuencias más graves asociadas al uso de la heroína como son: la infección por hepatitis B y C, VIH o una variedad de otros virus transmitidos por vía parenteral, que las personas consumidoras pueden después pasar a sus parejas sexuales y a sus hijos.

Inhalables

Se trata de disolventes orgánicos volátiles, generalmente procedentes de colas y adhesivos industriales (tolueno, xilenos), de pinturas, barnices, lacas, etc. Son consumidos por aspiración, generalmente por medio de bolsas de plástico, con fines embriagantes, siendo común entre la población infantil marginada de algunas grandes ciudades. Es la droga paradigmática del mundo de la pobreza por su bajo precio y facilidad de obtención y su gravedad reside sobre todo en su toxicidad. Los adictos a los inhalables suelen presentar bajo rendimiento académico, grandes dificultades de aprendizaje y gran absentismo escolar.

Efectos psicoactivos. La embriaguez por inhalables se caracteriza por euforia inicial seguida de confusión, distorsión perceptual, delirio e incluso pseudo-alucinaciones, pudiendo inducir también conductas agresivas.

Otros efectos y riesgos para la salud. En dosis mayores pueden producir ataxia, nistagmus, disartria, somnolencia, fatiga, disminución de la memoria, depresión y, en ocasiones, convulsiones y coma. La intoxicación aguda por inhalables puede producir: mareos y alucinaciones, náuseas, somnolencia, desorientación, visión borrosa, pérdida de control, pérdida del conocimiento, delirio y convulsiones, accidentes y lesiones, así como la muerte por insuficiencia cardíaca. Se han descrito casos de muerte súbita por anoxia (por ejemplo, por aspiración del vómito), depresión respiratoria, arritmias cardíacas o trauma. La toxicidad crónica de disolventes orgánicos puede ocasionar lesiones neurológicas, neuropsicológicas, renales, cardíacas, hepáticas y pulmonares.

Ketamina

La Ketamina (clorhidrato) es un agente anestésico disociador, que se usa principalmente en la práctica veterinaria.

Efectos psicoactivos. Distorsiona las percepciones visuales y auditivas y produce sensación de aislamiento del ambiente. A dosis bajas, se consigue una sensación apacible, como de flotación. Con dosis superiores produce un efecto alucinógeno que puede hacer sentir al usuario lejos de su cuerpo. Esta experiencia se llama entrar en un «agujero K», se ha comparado con una experiencia de muerte cercana, con las sensaciones de subir y separarse del cuerpo. En dosis más altas, la ketamina puede causar estados similares al sueño y alucinaciones; y en dosis aún más altas, puede causar delirio y amnesia. El entumecimiento de las extremidades también es común. Los usuarios de la ketamina pueden desarrollar signos de tolerancia y dependencia.

Otros efectos y riesgos para la salud. La sobredosis de ketamina puede causar ansiedad, paranoia, deterioro de la función motriz, elevación de la presión arterial (aumento de la presión intracraneal e intraocular), convulsiones, polineuropatía, trismus, hipertonia muscular y problemas cardiorespiratorios potencialmente mortales.

Marihuana

Preparación seca y triturada de las flores, hojas y pequeños tallos de la planta cannabis sativa, que se fuma directamente en forma de cigarrillos. Se trata de la principal forma de consumo de cannabis en EE.UU.

Efectos psicoactivos y otros efectos y riesgos para la salud. Ver Cannabis.

M-CPP

La meta-clorfenilpiperazina pertenece al grupo de las piperazinas. Es una sustancia de uso legal que tiene un efecto de subida muy similar al éxtasis.

Efectos psicoactivos. Estimulante y alucinógeno.

Otros efectos y riesgos para la salud. Su consumo conlleva un alto riesgo de que aparezcan efectos secundarios como mareos, náuseas, dolor abdominal, dolor de cabeza, vómitos y crisis de ansiedad aun a dosis muy pequeñas. Puede también general daño renal, comportamiento psicótico y desencadenar brotes de violencia.

MDMA. Ver: Éxtasis- MDA

Metanfetamina - Speed. Ver: Anfetaminas / Metamenfina (*Speed*)

PCP - Polvo de Ángel

La fenciclidina (PCP) es una sustancia depresora (psicodisléptica) que se comenzó a sintetizar como anestésico intravenoso. Pero su uso en seres humanos se desestimó en 1965 por sus efectos secundarios en pacientes (agitación, delirio, etc.).

Efectos psicoactivos. Adormecimiento de extremidades y distorsión de la percepción visual y auditiva. Genera dependencia.

Otros efectos y riesgos para la salud. El uso de PCP durante la adolescencia puede obstaculizar la producción de las hormonas del crecimiento y entorpecer el proceso de apren-

dizaje. Puede producir paranoia, alucinaciones, delirios, despersonalización, conductas violentas y auto-destructiva. Su uso prolongado puede afectar la memoria, dificultar acciones cognitivas (hablar y pensar) y puede generar depresión y pérdida de peso. Estos síntomas pueden persistir hasta un año después de dejar de usarla. También se han notificado trastornos emocionales. La PCP tiene efectos sedantes y la interacción con otros depresores del sistema nervioso central, como el alcohol y las benzodiacepinas, puede causar el coma.

Poppers – Nitrito Butílico. Ver: Inhalables.

Sedantes

Las sustancias sedantes, hipnóticas y ansiolíticas incluyen las benzodiacepinas, los carbamatos (por ej., glutetimida, meprobamato), los barbitúricos (por ej., secobarbital) y los hipnóticos afines a los barbitúricos (por ej., glutetimida, metacualona). No se incluyen dentro de esta clase los agentes ansiolíticos no benzodiacepínicos (por ej., buspirona, gepirona).

Efectos psicoactivos. Reducen la tensión subjetiva e inducen tranquilidad mental. Pueden producir dependencia y tolerancia. El término «sedante» es prácticamente sinónimo de «ansiolítico» que es la sustancia que reduce la ansiedad. La diferenciación entre ansiolíticos y sedantes como sustancias diurnas e hipnóticos como sustancias nocturnas no es muy precisa. Los hipnóticos se utilizan para inducir el sueño, aunque cuando se dan sedantes y ansiolíticos a dosis altas pueden inducir sueño al igual que los hipnóticos. Por otro lado, cuando los hipnóticos se dan a dosis bajas pueden inducir sedación diurna, tal como hacen los sedantes y ansiolíticos. En la literatura, especialmente en la más antigua, los sedantes, ansiolíticos e hipnóticos están agrupados bajo el



epígrafe de tranquilizantes menores, término mal definido y de significado ambiguo, por lo que es mejor evitarlo.

Otros efectos y riesgos para la salud. El consumo continuado a largo plazo puede causar diversos problemas como: disminución de la motivación; alteraciones de la memoria; ansiedad; dificultades para conciliar el sueño; así como cambios en las respuestas emocionales. Cuando se combinan con otros depresores del sistema nervioso central, los efectos se potencian. Ello aumenta considerablemente el riesgo de muerte por detención de las funciones vitales. La combinación de barbitúricos y alcohol es especialmente peligrosa.

Setas - Hongos alucinógenos

La *stropharia cubensis*, es un hongo de la familia de las stropharias, parece ser la única stropharia que tiene efectos psicotrópicos; originariamente se descubrió en la isla de Cuba,

de ahí el nombre de *cubensis*, puede crecer de forma silvestre en varios puntos y regiones de Asia, Europa y América.

Efectos psicoactivos. Efectos psicodislépticos: alteraciones de la percepción sensorial y alterar el estado de conciencia, buscando un efecto placentero y de relajación, incluso en algunos casos cerca de la disociación entre el cuerpo y la mente. Puede que la experiencia lleve a una euforia excesiva o a un aplanamiento físico no buscado.

Otros efectos y riesgos para la salud. Su uso puede provocar dolor de cabeza al día siguiente de la ingesta o dificultad de conciliar el sueño después del consumo, debido al efecto estimulante de la psilocibina. El abuso conlleva efectos de despersonalización, alucinaciones y delirios y crisis de pánico.

Solventes. Ver: Inhalables.

Recomendaciones PAPPS en relación al alcohol

Consumo de alcohol

CÁLCULO DEL RIESGO

El cálculo del alcohol consumido puede hacerse más fácilmente mediante el empleo de la cuantificación en unidades de bebida (UBE).

Debe considerarse como consumo peligroso o de riesgo e intervenir cuando la ingesta semanal sea superior a 280 g en el varón (28 U) o 170 g en la mujer (17 U). Se considera deseable reducir el consumo por debajo de límites más seguros, como 170 g en el varón (17 U) y 100 g en la mujer (11 U).

También debe considerarse peligroso consumir 50 g (5 U) en 24 h, una o más veces al mes. Mujeres embarazadas, adolescentes y personas con responsabilidad de manipular maquinaria peligrosa o vehículos a motor, deberían abstenerse por completo de consumir bebidas alcohólicas.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda la exploración sistemática del consumo de alcohol, como mínimo cada dos años, en toda persona de más de 14 años sin límite superior de edad. Esto debería hacerse al abrir una historia de primer día, al actualizar la historia clínica o ante cualquier indicio de sospecha. Esta actividad puede hacerse indistintamente en la consulta médica o de enfermería. Para esta exploración se recomienda la utilización de una encuesta semi-estructurada de cantidad/frecuencia, compuesta por unas preguntas básicas que analizan el consumo en días laborales y festivos. El uso de marcadores biológicos no se recomienda de forma sistemática.
- Los pacientes clasificados como bebedores de riesgo deberán realizar un cuestionario de dependencia.
- **EMBARAZADAS:** en toda actividad preventiva antes del parto. Investigar nivel de consumo (si no se ha hecho ya). Registrar en la historia clínica. Realizarlo al menos en dos ocasiones a lo largo de la gestación. Consejo orientado a la prevención del síndrome de alcoholismo fetal. Enfatizar en la ausencia de un nivel seguro de consumo de alcohol durante el embarazo.
- **ADOLESCENTES:** investigar consumo de alcohol. Registrar en la historia clínica. Realizar anamnesis de consumo y consejo al menos una vez al año cuando se realicen actividades preventivas en consulta y en las grupales, sobre hábitos de vida saludables y también en las consultas oportunistas por problemas de salud.

Evidencia de efectividad para las distintas actuaciones desde la AP y fuerza de cada recomendación

En una reciente revisión sistemática, Casado Vicente y Araúzo Palacios^(*), valoran la calidad de las guías clínicas de intervención sobre drogas publicadas para Atención Primaria, así como el grado de evidencia de efectividad disponible para diversas actuaciones a realizar desde este nivel asistencial.

En esta revisión, se han incluido, entre otros trabajos:

- Los ensayos clínicos controlados y randomizados, metaanálisis, o estudios de casos control, de Cochrane.
- Las recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS).
- Las recomendaciones de distintas instituciones, entre las que se encuentran: la *Canadian Preventive Task Force*, la *American Academy of Family Physicians*, la *US Preventive Services Task Force*, así como la *Veterans Health Administration* de EE.UU.

A continuación se presentan —con el permiso de los autores— dos tablas que resumen los resultados de dicho trabajo de revisión:

Tabla I. NIVELES DE EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

Calidad de la evidencia	
I.	Evidencia obtenida al menos de un ensayo clínico controlado aleatorizado de manera apropiada.
II-1.	Evidencia obtenida de ensayos clínicos controlados bien diseñados sin aleatorización.
II-2.	Evidencia obtenida de estudios analíticos bien diseñados de poblaciones o casos con preferencia de más de un centro o grupo de investigación.
II-3.	Evidencia obtenida de series temporales múltiples con intervención o sin ella.
III.	Opiniones de autoridades respetadas, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos e informes de casos, o informes de comités de expertos.
Fuerza de la recomendación	
A.	Existen evidencias sólidas para apoyar la inclusión de la actividad.
B.	Existen suficientes evidencias para apoyar la inclusión de la actividad.
C.	No existen evidencias suficientes para recomendar o rechazar la inclusión de la actividad, pero es posible hacer recomendaciones apoyándose en otros motivos.
D.	Existen suficientes evidencias para rechazar la inclusión de la actividad.
E.	Existen evidencias sólidas para apoyar rechazar la inclusión de la actividad.

^(*) CASADO VICENTE, V. y ARAÚZO PALACIOS, D. (2004). Intervención en drogas desde atención primaria: revisión de guías clínicas. Adicciones; 16 (3): 225-234.

Tabla II. FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN Y NIVEL DE EVIDENCIA DE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA INTERVENCIÓN EN DROGAS

INTERVENCIONES	NIVEL DE EVIDENCIA*	FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN
PREVENCIÓN PRIMARIA		
Fomento de estilos de vida saludables		
□ Coordinación con maestros y padres	I	A
□ Trabajo con grupos	III	C
PREVENCIÓN SECUNDARIA		
Detección de situaciones de riesgo y de conductas de riesgo		
□ Detección en población general asintomática	II-2	D
□ Detección rutinaria de consumo de drogas mediante cuestionarios estandarizados o ensayos biológicos	II-2, III	C
□ Detección de consumo de medicamentos	II-2	A
□ Detección de consumo de alcohol en adolescentes y adultos	I, II-2	B
□ Detección de consumo de tabaco en adolescentes y adultos	I, II-2	A
□ Detección anual de consumo esporádico en personas en situaciones de riesgo y con conductas de riesgo	III	B
Consejo en una persona con riesgo	III	B
Detección del consumo		
□ Garantizar la privacidad	I	A
□ Captación oportunista	I	A
□ Consideración del patrón de consumo (cantidad y vía) en la detección precoz	II-2	A
□ Consignar límites en el consumo y aconsejar el cambio	I	A
□ Valorar la disponibilidad para el cambio	I	A
□ Individualizar el abordaje en términos de intensidad, escenario, duración y modalidad según paciente	III	A
□ Promover tratamientos iniciales para captar y retener	II-2	A
□ Adaptar los niveles de motivación y de necesidad de los pacientes a los programas disponibles	III	A
□ Garantizar la privacidad	I	A
Reducción de riesgos		
□ Consejo sobre utilización correcta del preservativo	I, II-2	C
□ Consejo sobre material y métodos menos nocivos en la utilización de drogas por vía intravenosa e inhalada	I, II-2	C
□ Vacunación antitetánica	I, II-2	A

□ Vacunación antihepatitis B	I, II-2	A
□ Vacunación antihepatitis A	I	B
□ Vacunación antineumocócica en inmunocompetentes	I, II-2	B
□ Vacunación antineumocócica e inmunodeprimidos	I, II-2	C
□ Vacunación antigripal	II-2	B
□ Cribado hepatitis B	III	C
□ Prueba de tuberculina	I	A
□ Pruebas serológicas para cribado de sífilis	II-3	A
□ Pruebas serológicas para cribado de gonorrea en mujeres	II-2, III	B
□ Pruebas serológicas para cribado de gonorrea en varones	II-3, III	C
□ Pruebas serológicas para cribado de VIH en adolescentes, adultos y mujeres embarazadas de riesgo	I, II-2	A
□ Pruebas serológicas para cribado de clamidia en mujeres de riesgo elevado	I, II-2, III	B
□ Pruebas serológicas para cribado de clamidia en varones	II-3, III	C
□ Evaluación y control de a tuberculosis	I	A
□ Cribado de riesgo de suicidio	II-2	A
□ Cribado de riesgo elevado de violencia	III	A
□ Informar a los pacientes de los resultados del despistaje	I	A
□ Considerar la terapia agonista opiode como tratamiento de primera línea para la dependencia opiode	I	A
□ El mantenimiento con metadona a dosis adecuadas es eficaz en la reducción del uso de opiodes	I	A
Diagnóstico y tratamiento de las intoxicaciones agudas		
□ Evaluación, tratamiento, estabilización y derivación en situación adecuada	III	A
Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades asociadas a las drogodependencias		
□ Valoración estandarizada de síntomas coadyuvantes	II-2	A
□ Coordinación con el segundo nivel	I	A
□ Descartar patología dual	I	A
□ Tratamiento concurrente de los desórdenes psiquiátricos, incluyendo la farmacoterapia	I	A
Inicio y seguimiento de algunas desintoxicaciones		
□ Captación en Atención Primaria y derivación si es preciso	I	A
□ Fijar criterios para la desintoxicación según niveles	III	A
□ Establecer los objetivos del tratamiento a través de la negociación	II-1	A
□ Revisar los tratamientos precios	III	B
□ Considerar el uso de valoración estandarizada de los síntomas de abstinencia	II-2	A
□ Facilitar el compromiso con un tratamiento para la deshabituación	II-2	A

PREVENCIÓN TERCIARIA		
Rehabilitación (deshabitación)		
□ Negociar objetivos específicos con el paciente	II-1	A
□ Revisar tratamientos previos	III	B
□ Comunicación basada en la empatía	I	A
□ Indicar que la terapia psico-social es efectiva	I	A
□ Consejo individual y grupal	I	A
□ Reuerzo motivacional	I	A
□ Coordinación entre los recursos del sistema y los centros de atención al drogodependiente	I	A
Reinserción social		
□ Técnicas psicológicas y de apoyo social	I	A
Control evolutivo		
□ Establecer consultas programadas para identificar problemas que incrementan el riesgo de recaída	II	A
□ Discutir la recaída como un signo para reevaluar el plan de tratamiento	III	A
□ Modificar los planes de tratamiento basados en las condiciones clínicas y psicosociales del paciente	I	B
□ Monitorización del uso de sustancias	I	B
Cuidados paliativos y de atención a domicilio	I	A
Abordaje familiar		
□ Garantizar y explicitar la confidencialidad	I	A

Interacciones y efectos adversos del consumo de alcohol u otras drogas de abuso y diversos medicamentos

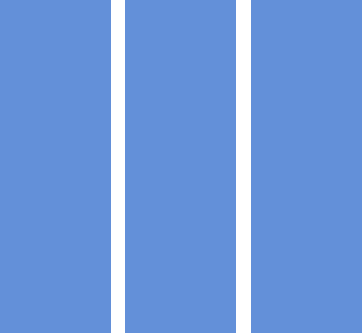
El consumo de alcohol y otras drogas de abuso puede alterar sensiblemente el efecto de diversos fármacos.

A continuación se presenta una lista de las interacciones entre el alcohol u otras drogas y distintos medicamentos de prescripción frecuente. No se trata sin embargo de un listado exhaustivo de todos los medicamentos de prescripción médica cuyo uso combinado con alguna droga de abuso puede generar efectos adversos. Para ampliar información, se recomienda la consulta de las fuentes bibliográficas presentadas al final de este Anexo.

Efectos adversos de la interacción entre el consumo de alcohol y diversos medicamentos

En la siguiente tabla se presenta un resumen de las interacciones con los fármacos de uso más frecuente:

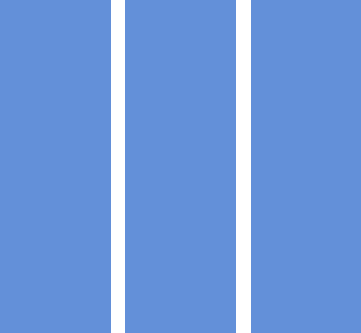
MEDICAMENTO	INTERACCIONES Y EFECTOS ADVERSOS
Acetaminophen (Paracetamol)	Hepatotoxicidad grave con dosis terapéuticas de paracetamol en personas con alcoholismo crónico.
Ácido acetil salicílico	Mayor riesgo de lesiones de la mucosa gástrica Riesgo de hepatotoxicidad.
Antibióticos	Anulación del efecto de los antibióticos.
Anticoagulantes	Disminución del efecto anticoagulante en pacientes con el abuso crónico de alcohol.
Antidepresivos tricíclicos	Depresión del sistema nervioso central, disminución del rendimiento psicomotor, especialmente en la primera semana de tratamiento.
Antihistamínicos	Somnolencia.
Aspirina y otros anti-inflamatorios no esteroideos	Aumento de la posibilidad de gastritis y hemorragia gastrointestinal. Riesgo de hepatotoxicidad.
Barbitúricos	Potencia la depresión del sistema nervioso central (efectos aditivos) y depresión respiratoria.
Benzodiazepinas	Potencia la depresión del sistema nervioso central (efectos aditivos).
Bloqueadores beta-adrenérgicos	Signos enmascarados de <i>delirium tremens</i> .
Bromocriptina	Aumento de los efectos secundarios gastrointestinales.
Cafeína	Disminución del tiempo de reacción, dado que la cafeína no contrarresta el efecto del alcohol.
Cefalosporinas (cefamandol, cefoperazona, cefotetán) y cloranfenicol	Reacción tipo disulfiram (efecto antabús).
Clorhidrato	Efecto hipnótico prolongado y efectos adversos cardiovasculares.
Cimetidina	Aumento del efecto depresor del sistema nervioso central.



Cicloserina	Incremento de los efectos del alcohol y/o convulsiones.
Digoxina	Disminución del efecto de la digoxina.
Disulfiram	Molestias abdominales, rubor, vómitos, hipotensión, confusión, visión borrosa y psicosis.
Guanadrel	Aumento del efecto sedante y la hipotensión ortostática.
Glutetimida	Aumento de la depresión del sistema nervioso central (efectos aditivos).
Heparina	Incremento del riesgo de hemorragia.
Hipoglucemiantes, sulfonilurias	Ingesta aguda: el alcohol puede aumentar el efecto hipoglucemiante de las sulfonilureas. Ingesta crónica: puede disminuir el efecto hipoglucemiante de estos medicamentos.
Tolbutamida, clorpropamida	Reacción tipo disulfiram.
Isoniazida	Incremento de la toxicidad hepática.
Ketoconazol, griseofulvina	Reacción tipo disulfiram.
Litio	Incremento de la toxicidad del litio.
Meprobamato	Efecto sinérgico en la depresión del sistema nervioso central.
Metotrexate	Aumento de daño hepático en personas con alcoholismo crónico.
Metronidazol	Reacción tipo disulfiram
Nitroglicerina	Posible hipotensión.
Fenformina	Efecto sinérgico en la acidosis láctica.
Fenotiazidas	Aumento de la depresión del sistema nervioso central (efectos aditivos).
Fenitoína	Ingesta aguda de alcohol: puede aumentar el efecto tóxico de la fenitoína. Ingesta crónica de alcohol: puede disminuir el efecto anticonvulsivo de la fenitoína.
Penicilina G	Disminución de la actividad farmacológica de la penicilina G.
Quinacrina	Reacción tipo disulfiram.
Tetraciclinas	Disminución del efecto de la doxiciclina.
Warfarina	Disminución de la actividad farmacológica de la warfarina.

Efectos adversos de la interacción entre otras drogas de abuso y medicamentos

Anestésicos generales - cocaína	La toma de cocaína inmediatamente o poco tiempo antes de una intervención con anestesia mediante el empleo de cloroformo, ciclopropano, halotano o tricloroetileno aumenta el riesgo de fibrilación ventricular u otras arritmias, especialmente en pacientes con enfermedad cardíaca previa.
Anfenicoles - barbitúricos	Disminución del metabolismo y aumento de la vida media de los barbitúricos.
Antirretrovirales - distintas drogas de abuso	Alcohol - antirretrovirales. El abuso de alcohol afecta al hígado, por lo que se dificulta la metabolización de los medicamentos antirretrovirales.
	Barbitúricos - antirretrovirales. Aumento de los niveles de fenobarbital (Luminal) lo que implica un riesgo de sobredosis.
	Cocaína - antirretrovirales. No se conoce interacción alguna, sin embargo, en estudios de laboratorio se ha demostrado que duplica la velocidad de réplica del VIH, lo que acelera la progresión del SIDA.
	Cánnabis - inhibidores de proteasas. Aumento de los niveles de THC. Si bien esta interacción no es peligrosa, sí puede conllevar una sobredosis aún consumiendo pequeñas cantidades de THC.
	Éxtasis/ MDMA - cualquiera de los inhibidores de proteasas o inhibidores no nucleótidos de la transcriptasa. Reducción de la velocidad de la enzima que asimila el Éxtasis, lo que causa que la dosis sea entre cinco y diez veces más potente.
	Éxtasis líquido - cualquiera de los inhibidores de proteasas. Puede llegar a producirse un paro respiratorio.
	Heroína - antirretrovirales. Pueden llegar a reducirse los niveles de heroína a la mitad, lo que hace poco probable una sobredosis.
	Ketamina - antirretrovirales. Se puede producir una hepatitis química o tóxica que puede convertirse en ictericia.
	LSD - antirretrovirales. No se conocen interacciones.
Betabloqueantes sistémicos - cocaína	Sedantes - inhibidores de proteasas. Algunos sedantes (triazolam, diazepam, zolpidem o midazolam), ingeridos en altas dosis pueden producir un paro respiratorio.
	Puede inhibir el efecto terapéutico de los betabloqueantes. Sin embargo, estos medicamentos están indicados para reducir la taquicardia, la isquemia de miocardio y las arritmias inducidas por la cocaína.
	El uso simultáneo de betabloqueantes con cocaína puede incrementar el riesgo de hipertensión, bradicardia excesiva y tal vez bloqueo. Estos riesgos son menores cuando se utiliza labetalol en vez de otros fármacos, debido a que este medicamento tiene una cierta actividad bloqueante alfaadrenérgica.
	Debe advertirse de esta interacción a pacientes que reciben betabloqueantes localmente para combatir la hipertensión ocular.
Cefalosporinas - barbitúricos	Aparición de erupciones con cefotaxima.



Guanetidina/guanadrel - cocaína	Puede disminuir el efecto de antihipertensivos bloqueantes postgangliónicos como la guanetidina y el guanadrel. Por otra parte, estos fármacos pueden potenciar la estimulación simpática inducida por la cocaína, lo que aumenta el riesgo de hipertensión y arritmias.
Estimulantes del sistema nervioso central- cocaína	Puede originar una estimulación excesiva, por lo que puede aparecer o amplificarse síntomas tales como insomnio, irritabilidad, nerviosismo y tal vez arritmias o convulsiones.
Levotoroxina - cocaína	Puede incrementar los efectos de ambas sustancias. La hormona tiroidea aumenta el riesgo de presentación de signos de insuficiencia coronaria cuando se administran medicamentos simpaticomiméticos a pacientes con daño previo en las arterias coronarias.
Metadona - cocaína	No hay evidencias de que la cocaína interactúe con la metadona. Se trata de sustancias con efectos antagónicos en el SNC.
Nitratos/nitroglicerina - cocaína	Reduce el efecto antianginoso de estas sustancias.
Quinolonas - cafeína	Riesgo de toxicidad por cafeína (enoxacino, norfloxacin y ciprofloxacino), cuando se combina con quinolonas de primera generación: ácido nalidíxico. Fluorquinolonas: ciprofloxacino, ofloxacino, levofloxacino, moxifloxacino y norfloxacino.
Quinolonas - diazepam	Riesgo de toxicidad por diazepam (ciprofloxacino).
Sedantes - opiáceos	Depresión general del SNC, que —según las cantidades ingeridas— puede llegar a desembocar en una depresión respiratoria, estado de coma y muerte. El riesgo es mayor si también se ha consumido alcohol.
Simpaticomiméticos/ adrenalina - cocaína	Incremento de la estimulación del SNC. Además, la utilización conjunta con dobutamina, dopamina o adrenalina tópica puede incrementar los efectos cardiovasculares de las dos sustancias y el riesgo de aparición de efectos adversos de importancia.
Sulfamidas (trimetoprima, cotrimoxazol) - barbitúricos	Aumento del efecto de tiopental.
Tetraciclinas (doxiciclina, minociclina, tetraciclina, oxitetraciclina, tigeciclina) - barbitúricos	Disminución de la absorción de la tetraciclina.
Tricíclicos, digital, levodopa y metildopa - cocaína	El uso simultáneo de alguno de estos medicamentos con cocaína puede aumentar el riesgo de arritmias.

Bibliografía de referencia

- AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS. Fichas técnicas de medicamentos. Disponible en: <https://sinaem4.agemed.es/consaem/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>
- AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS. GPT. Guía de Prescripción Terapéutica. Información de medicamentos autorizados en España. Disponible en: <http://www.imedicinas.com/GPTage>
- BRODIE MJ, FEELY J. (1988). Adverse drug interactions. *BMJ*; 296: 845-849.
- CGCOF. (2008). Vademecum de Especialidades Farmacéuticas. Madrid: CGCOF. Disponible en: <http://www.vademecum.es/>
- ESPARZA OLCINA, M.J. Descripción general de los principales grupos de fármacos antimicrobianos. Antibióticos. (2008). Guía ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. Disponible en http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/
- FLÓREZ J. (2001). Farmacología humana. Tercera edición. Barcelona: Masson.
- FOODS AND DRUGS ADMINISTRATION, US. Disponible en: <http://www.fda.gov/default.htm>
- HEINZE M., GERHARD. (1987). Los efectos del alcohol y sus interacciones con los fármacos. *Salud ment*; 10 (4):67-75.
- JANKEL, C.A.; SPEEDLE S.M. (1990). Detecting drug interactions: a review of literature. *DICP*; 24: 982-989.
- KORRAPATI, M.R. & VESTAL R.E. (1995). Alcohol and medications in the elderly: Complex interactions. En: BERESFORD, T. & GOMBERG, E., eds. Alcohol and Aging. New York: Oxford University Press: 42-55.
- MARTÍN FRANCO, R. (2008). Protocolo de metadona. Madrid: Departamento de Asistencia. Madrid Salud. Disponible en: http://www.esecarisma.gov.co/www/images/download/protocolo_metadona.pdf
- MORENO, M.R.; ROJAS, M.O.; GIBERT-RAHOLA, J.; MICÓ, J.A. (2000). Interacciones de metadona con fármacos antiinfecciosos y sustancias de abuso. *Adicciones*; 12 (1): 65-75.
- QUINN, D.I.; DAY, R.O. (1995). Drug Interactions of Clinical Importance. An Updated Guide. *Drug Saf*; 12: 393-452.

INSTRUMENTOS DE TRABAJO

Cuestionario ASSIT

El cuestionario «Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test» (ASSIT) constituye un instrumento de utilidad para valorar la situación de un paciente en relación al uso de sustancias psicoactivas.

Ha sido desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y un equipo internacional de investigadores, con el fin de poner a disposición de los profesionales de Atención Primaria, un instrumento breve capaz de proporcionar información sobre:

- ☐ Consumo alguna vez en la vida (alcohol, tabaco u otras drogas).
- ☐ Las sustancias consumidas en los últimos tres meses.
- ☐ Problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.
- ☐ Riesgo de daño actual o futuro.
- ☐ Dependencia.
- ☐ Uso de drogas por vía parenteral.

Los estudios de validación del instrumento, han sido realizados en siete contextos culturales distintos, incluyendo población femenina y masculina, han demostrado que ASSIT puede utilizarse internacionalmente y permite discriminar las siguientes situaciones en relación al uso de drogas:

- ☐ Personas abstemias.
- ☐ Personas que mantienen un uso de bajo riesgo.
- ☐ Personas cuyos patrones de consumo ponen les sitúan en riesgo de desarrollar problemas de abuso a de dependencia.
- ☐ Personas dependientes.

Es pues un instrumento de apoyo a la Intervención Breve, de utilidad para el despistaje y la asistencia a personas que pueden hallarse en situación de riesgo en relación a las drogas, ya sea en la actualidad o a corto o medio plazo.

Puede ser administrado como parte normal de la consulta, en el marco de una exploración rutinaria. La OMS recomienda introducirlo al paciente mediante una breve explicación de las razones de su utilización así como de instrucciones para responder.

Al final del propio cuestionario encontrará cómo realizar el cálculo de los resultados.



OMS - ASSIST V3.0

ENTREVISTADOR		PAIS		CLINICA	
Nº PARTICIPANTE		FECHA			

INTRODUCCIÓN (Léalo por favor al participante)

Gracias por aceptar a participar en esta breve entrevista sobre el alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, inhaladas, inyectadas o consumidas en forma de pastillas (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar fármacos que hayan sido consumidos tal como han sido prescritos por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o a dosis más altas a las prescritas, entonces díganoslo. Si bien estamos interesados en conocer su consumo de diversas drogas, por favor tenga por seguro que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LAS TARJETAS DE RESPUESTA A LOS PARTICIPANTES

Pregunta 1

(al completar el seguimiento compare por favor las respuestas del participante con las que dio a la P1 del cuestionario basal. Cualquier diferencia en esta pregunta deben ser exploradas)

A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido <u>alguna vez</u> ? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS)	No	Si
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, base, etc.)	0	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3
f. Inhalantes (oolas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3
j. Otros - especifique:	0	3

Compruebe si todas las respuestas son negativas:

"¿Tampoco incluso cuando iba al colegio?"

Si contestó "No" a todos los ítems, pare la entrevista.

Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.



Pregunta 2

¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses, (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	2	3	4	5
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	2	3	4	5
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	2	3	4	5
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	2	3	4	5
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	2	3	4	5
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	2	3	4	5
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	2	3	4	5
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	2	3	4	5
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	2	3	4	5
j. Otros - especifique:	0	2	3	4	5

Si ha respondido "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.

Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 & 5 para cada una de las sustancias que ha consumido.

Pregunta 3

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	3	4	5	6
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	3	4	5	6
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	3	4	5	6
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	3	4	5	6
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	3	4	5	6
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	3	4	5	6
j. Otros - especifique:	0	3	4	5	6



Pregunta 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	4	5	6	7
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	4	5	6	7
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	4	5	6	7
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	4	5	6	7
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	4	5	6	7
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/pesidina, etc.)	0	4	5	6	7
j. Otros - especifique:	0	4	5	6	7

Pregunta 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
a. Tabaco					
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	5	6	7	8
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	5	6	7	8
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	5	6	7	8
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	5	6	7	8
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	5	6	7	8
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/pesidina, etc.)	0	5	6	7	8
j. Otros - especifique:	0	5	6	7	8



Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que ha consumido alguna vez (es decir, aquellas abordadas en la Pregunta 1)

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3

Pregunta 7

¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado?	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.)	0	6	3
b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)	0	6	3
c. Cannabis (marihuana, costo, hierba, hashish, etc.)	0	6	3
d. Cocaína (coca, farlopa, crack, etc.)	0	6	3
e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.)	0	6	3
f. Inhalantes (colas, gasolina/nafta, pegamento, etc.)	0	6	3
g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (valium/diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.)	0	6	3
h. Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina, PCP, etc.)	0	6	3
i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.)	0	6	3
j. Otros - especifique:	0	6	3



Pregunta 8

	No, Nunca	Si, en los últimos 3 meses	Si, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)	0	2	1

NOTA IMPORTANTE:

A los pacientes que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este periodo, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

PATRÓN DE INYECCIÓN

Una vez a la semana o menos
o
Menos de 3 días seguidos

Más de una vez a la semana
o
3 o más días seguidos

GUÍAS DE INTERVENCIÓN

Intervención Breve, incluyendo la tarjeta
"riesgos asociados con inyectarse"

Requiere mayor evaluación y
tratamiento más intensivo *

COMO CALCULAR UNA PUNTUACIÓN ESPECIFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (etiquetadas de la a. la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7, ambas inclusive. No incluya los resultados ni de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación. Por ejemplo, la puntuación para el cannabis se calcula como: P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c

Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: P2a + P3a + P4a + P6a + P7a

EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECIFICA DEL PACIENTE PARA CADA SUSTANCIA

	Registre la puntuación para sustancia específica	Sin intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo *
a. tabaco		0 – 3	4 – 26	27+
b. alcohol		0 – 10	11 – 26	27+
c. cannabis		0 – 3	4 – 26	27+
d. cocaína		0 – 3	4 – 26	27+
e. anfetaminas		0 – 3	4 – 26	27+
f. inhalantes		0 – 3	4 – 26	27+
g. sedantes		0 – 3	4 – 26	27+
h. alucinógenos		0 – 3	4 – 26	27+
i. opiáceos		0 – 3	4 – 26	27+
j. otras drogas		0 – 3	4 – 26	27+

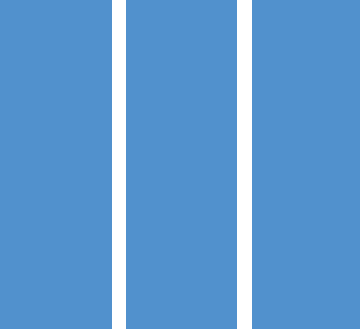
NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO puede ser proporcionado por profesionales sanitarios dentro del ámbito de Atención Primaria, o por un servicio especializado para las adicciones cuando esté disponible.

Cuestionario AUDIT

[Alcohol use disorders identification test]

Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre el consumo de bebidas alcohólicas. Me refiero a bebidas como la sidra, cerveza, la cerveza llamada sin alcohol, vino, licores, coñac, ginebra y otros. Para entendernos, a partir de ahora cuando nos refiramos a una «bebida alcohólica» será el equivalente a: una caña de cerveza, o una copa de vino, o 1 vermut, o una copa de licor de frutas, o 1/2 cubalibre o 1/2 whisky.

1. ¿Con qué frecuencia toma alguna «bebida alcohólica»?
 - ☐ Nunca
 - ☐ 2 ó 3 veces por semana
 - ☐ Menos de una vez al mes
 - ☐ 4 ó más veces por semana
 - ☐ 2 ó 3 veces al mes
2. ¿Cuántas «bebidas alcohólicas» suele tomar durante un día de consumo normal?
 - ☐ 1 ó 2
 - ☐ 7 ó 9
 - ☐ 3 ó 4
 - ☐ 10 ó más
 - ☐ 5 ó 6
3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más «bebidas» en una sola ocasión?
 - ☐ Nunca
 - ☐ Una vez a la semana
 - ☐ Menos de una vez al mes
 - ☐ Diariamente o casi
 - ☐ Una vez al mes
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año se ha sentido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?
 - ☐ Nunca
 - ☐ Una vez a la semana
 - ☐ Menos de una vez al mes
 - ☐ Diariamente o casi
 - ☐ Una vez al mes
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted debido a la bebida?
 - ☐ Nunca
 - ☐ Una vez a la semana
 - ☐ Menos de una vez al mes
 - ☐ Diariamente o casi
 - ☐ Una vez al mes
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber por la mañana para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?
 - ☐ Nunca
 - ☐ Una vez a la semana
 - ☐ Menos de una vez al mes
 - ☐ Diariamente o casi
 - ☐ Una vez al mes

- 
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?
- ☐ Nunca ☐ Una vez a la semana
☐ Menos de una vez al mes ☐ Diariamente o casi
☐ Una vez al mes
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?
- ☐ Nunca ☐ Una vez a la semana
☐ Menos de una vez al mes ☐ Diariamente o casi
☐ Una vez al mes
9. ¿Usted u otra persona ha sufrido algún daño como consecuencia de que usted hubiera bebido?
- ☐ No
☐ Sí, pero no en el último año
☐ Sí durante el último año
10. ¿Algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado su preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?
- ☐ No
☐ Sí, pero no en el último año
☐ Sí durante el último año

Valoración del test: Las 8 primeras preguntas se puntuarán del 0, 1, 2, 3 ó 4, y las dos últimas se puntuarán con 0, 2 ó 4 puntos. Las puntuaciones superiores a 12 puntos indican dependencia del alcohol. Las puntuaciones superiores a 5 puntos en la mujer y 8 puntos en el hombre, indican un consumo de riesgo.

RUBIO, G.; BERMEJO, J.; CABALLERO, M.C.; SANTO DOMINGO, J. Validación de la prueba para la detección de problemas por el alcohol (AUDIT) en Atención Primaria. *Rev Clin Esp* 1998; 198:11-14.

Cuestionario CAGE

(Chronic Alcoholism General Evaluation)

- 1. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?
☐ NO ☐ Sí ☐ NS/NC
- 2. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?
☐ NO ☐ Sí ☐ NS/NC
- 3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
☐ NO ☐ Sí ☐ NS/NC
- 4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?
☐ NO ☐ Sí ☐ NS/NC

Valoración del test: se considera positivo a partir de dos respuestas afirmativas.

Definiciones y pautas diagnósticas

Si su paciente consume alcohol u otras sustancias psicoactivas puede encontrarse en alguna de las siguientes situaciones:

- Usando **sustancias psicoactivas** por razones terapéuticas o paliativas, bajo prescripción médica y siguiendo las pautas adecuadas a su condición clínica.
- Consumiendo **alcohol** en dosis no perjudiciales para su salud, incluyendo el evitar las situaciones en que dicho consumo podría acarrearle algún riesgo de sufrir un accidente vial o laboral.
- Haciendo un **uso abusivo** de alcohol u otras drogas, de acuerdo a su perfil personal: edad, género, peso corporal, frecuencia, cantidad, etc. Independientemente de la cantidad consumida, se incluye dentro de esta categoría cualquier tipo de consumo que conlleve riesgo de sufrir alguna consecuencia indeseable o peligrosa, por ejemplo: accidente vial o laboral; adicción; patología relacionada con el uso reiterado; incumplimiento de responsabilidades laborales, familiares, etc.; participación en episodios de violencia o abuso, problemas legales, etc.
- Realizando un **uso experimental de drogas**, si se trata de contactos iniciales con una o varias sustancias, que —dependiendo de diversos factores personales, familiares y del entorno— pueden derivar en el abandono definitivo del consumo, en un consumo esporádico, o en un patón de uso habitual.
- Consumiendo **habitualmente** drogas o medicamentos para uso no terapéutico. Este patrón puede conducirle al desarrollo de una dependencia, según sean las propiedades farmacológicas de la sustancia utilizada, la frecuencia con que la tome, las características de la persona, el entorno que le rodea, etc.
- Manteniendo un **consumo ocasional** de drogas, es decir, se produce de forma intermitente, entre largos periodos de abstinencia. Este patrón se halla generalmente asociado a situaciones sociales.
- Realizando un **uso perjudicial**, en caso de que su consumo esté afectando o haya afectado ya la salud mental o física de su paciente. Sin embargo, a pesar de existir un problema, este no reúne las características de dependencia.
- Realizando un uso repetitivo de alcohol u otras drogas que responde al criterio de **dependencia**, caracterizado por un patrón desadaptativo que le mantiene periódica o crónicamente intoxicado y que le conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo.

A continuación encontrará los criterios diagnósticos contemplados en el DSM-IV y la CIE-10.



DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la *American Psychiatric Association*, en su cuarta edición (DSM-IV), considera los criterios diagnósticos presentados a continuación.

DEPENDENCIA

Un patrón desadaptativo de consumo caracterizado por:

- Mantener a la persona consumidora, periódica o crónicamente intoxicada.
- Impulsar al consumo con una frecuencia, unas cantidades o una duración mayores de lo que inicialmente la persona pretendía.
- Producir un deseo persistente a consumir, así como esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el uso de la sustancia.
- Obligar a la persona consumidora a emplear un tiempo desmesurado en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias); en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro); o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- Hacer que la persona consumidora reduzca de forma importante sus actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la droga.
- Mantener el consumo a pesar de tener conciencia de los problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el uso de la droga (p. ej., consumo de cocaína a pesar de

saber que provoca depresión, ingesta continuada de alcohol a pesar de que empeora una úlcera, etc.).

La dependencia conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo, marcado por tres (o más) de los siguientes síntomas experimentados a lo largo de los 12 últimos meses:

TOLERANCIA

Caracterizada por:

- La necesidad de consumir cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- El efecto de la misma cantidad de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Cuadro por el que la persona afectada:

- Experimenta síntomas de abstinencia al interrumpir el consumo habitual de la sustancia.
- Debe utilizar la misma sustancia (o una con efectos psicoactivos parecidos) para aliviar o evitar los síntomas provocados por la abstinencia.

CIE – 10. Clasificación internacional de enfermedades

La «Clasificación Internacional de Enfermedades» de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su décima revisión (CIE-10) propone las siguientes pautas para el diagnóstico sobre dependencia y consumo peligroso.

CONSUMO PERJUDICIAL DE ALCOHOL U OTRAS DROGAS (PAUTAS CIE 10)

Forma de consumo que está afectando o ya ha afectado la salud mental o física de la persona que la ejerce. Por ejemplo: casos de hepatitis por administración de sustancias psicoactivas por vía parenteral; o trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.

Las formas perjudiciales de consumo suelen dar lugar a consecuencias sociales adversas de varios tipos.

El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceras personas o por el entorno en general, no es por sí mismo, indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa como, por ejemplo, una ruptura matrimonial.

Forma de consumo que está afectando o ya ha afectado la salud mental o física de la persona que la ejerce.

A pesar de existir un problema, este no reúne las características de dependencia.

SÍNDROME DE DEPENDENCIA DE ALCOHOL U OTRAS DROGAS (PAUTAS CIE 10)

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto.

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

1. Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir.
2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder controlar la cantidad consumida.
3. Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo se reduce o cesa, cuando se confirme por: la aparición del síndrome de abstinencia característico del alcohol; o el consumo de alcohol o de otra sustancia próxima con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
4. Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de alcohol para proseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
5. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo, aumento del tiempo dedicado a obtener, consumir o recuperarse de los efectos.
6. Persistencia en el consumo de alcohol a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales. Debe investigarse a fondo si la persona es consciente, o puede llegar a serlo, de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

Modelo de los estadios de cambio

El Modelo de los Estadios del Cambio desarrollado por Prochaska y DiClemente* proporciona un marco útil para saber si su paciente está preparado para cambiar su uso de drogas, así como para saber cuál es el objetivo terapéutico y la mejor intervención asistencial en cada caso. A continuación se resumen ambos aspectos:

Fase I: PRE-CONTEMPLACIÓN (CONSONANCIA)

Su paciente se halla en esta etapa si:	Qué puede hacer Ud.
☐ No es consciente de que su consumo de la sustancia es peligroso o problemático. ☐ No se ha planteado la necesidad de cambiar su patrón de consumo. Se encuentra cómodo y satisfecho con su situación. ☐ Es poco probable que responda a la recomendación de modificar su comportamiento, pero puede ser receptivo a la información sobre los riesgos asociados a patrón de consumo.	☐ Proporcionarle información sobre los riesgos a los que se expone. Por ejemplo, en el caso del consumo excesivo de alcohol, señalar, alguno de los problemas de comorbilidad física más frecuentes: – Incremento de los efectos perjudiciales del virus de la hepatitis C. – Aumento del riesgo de diversos tipos de cáncer, incluyendo: cáncer de mama, del tracto gastrointestinal, próstata, vejiga, pulmón y páncreas. – Disminución de la capacidad protectora del sistema inmunológico. – Deterioro cognitivo a medio y largo plazo. – Incremento de la incidencia de conductas de alto riesgo, tales como las asociadas al contagio por el VIH. ☐ Personalizar al máximo los riesgos, de acuerdo a la situación clínica del paciente. ☐ Animarle a valorar las ventajas que podría tener modificar su consumo. ☐ Indicarle que puede volver a la consulta cuando esté interesado en recibir ayuda para hacer un cambio relacionado con su uso de drogas.

* PROCHASKA, J.A., DiCLEMENTE, C.C. & NORCROSS, J.C. (1992) In search of how people change. Applications to addictive behaviour. *Am. Psych.* 47:1102-1114.

Fase II: CONTEMPLACIÓN (DISONANCIA)

Su paciente se halla en esta etapa si:	Qué puede hacer Ud.
□ Es consciente de que tiene un problema. □ Piensa en la posibilidad de cambiar. □ Siente ambivalencia. Ve tanto los aspectos positivos como los no tan buenos derivados del uso de alcohol u otras drogas.  □ Está dispuesto a modificar su conducta, pero no sabe cómo conseguirlo, o no está seguro de ser capaz de lograrlo.	□ Alentarle a que valore los pros y contras que tendría el cambio, de la forma más personalizada posible. □ Ayudarle a reconocer su capacidad para cambiar. □ Aumentar su confianza propia, proponiéndole pensar en logros difíciles que ha conseguido en su vida. □ Proponerle que apunte en una lista cada dosis consumida. Indicarle que esta tarea le ayudará a ser consciente de lo mucho que consume.

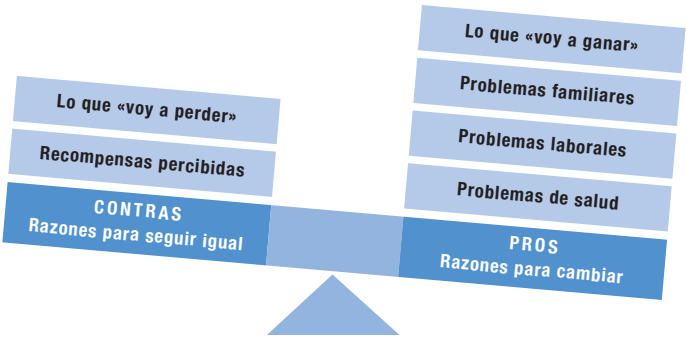
No será posible motivar a su paciente para que realice un esfuerzo de cambio, si antes no percibe claramente qué beneficios le va a reportar su esfuerzo.

Por ello, en esta etapa de DISONANCIA, puede utilizar una herramienta que resulta útil para ayudar a su paciente a avanzar en el proceso: **la balanza decisional**. Permite hacer consciente la ambivalencia sobre el consumo, utilizando el símil de una balanza.

Debe indicarle que en un lado sitúe los beneficios que le reporta su consumo actual y en el lado opuesto los costes de dicho consumo, así como los beneficios que le reportaría modificarlo.

BALANZA DECISIONAL

El cambio necesario es improbable mientras los CONTRAS tengan más peso que los PROS.



Otra forma de facilitar a su paciente la valoración de los PROS y los CONTRAS del cambio es proponerle que elabore la siguiente tabla:

	RAZONES PARA SEGUIR IGUAL (CONTRAS del cambio)	BENEFICIOS PARA CAMBIAR (PROS del cambio)
A CORTO PLAZO		
A LARGO PLAZO		

Fase IV: ACCIÓN

Su paciente se halla en esta etapa si:	Qué puede hacer Ud.
- Según fuera el objetivo marcado: - Está reduciendo su consumo. - Ha dejado de consumir. - Intenta consolidar el cambio. - Puede que en algún momento vuelva a su patrón anterior.	- Ayudarle a recordar sus motivos para el cambio. - Ayudarle a que esté atento a las situaciones y momentos de riesgo y a tener claro que debe hacer frente a cada una de ellas para conseguir su objetivo. - Recordarle que acuda a las personas de apoyo en momentos críticos (llamándoles, quedando con ellas, chateando...). - Y en general, promover que siga avanzando, superando las dificultades propias del proceso, y evitando bloqueos por desánimo o frustración.

Fase V: MANTENIMIENTO

Su paciente se halla en esta etapa si:	Qué puede hacer Ud.
- Su paciente intenta mantener los logros alcanzados. - Es capaz de afrontar y superar las situaciones que facilitan la recaída. - Mantiene a medio y largo plazo el objetivo propuesto: reducción del consumo o abstinencia.	- Reconocer la importancia de su logro. - Elogiar su esfuerzo. - Reforzarle y estimularle a que siga adelante. - Ayudarle a evitar las situaciones de riesgo que pueden hacerle retroceder a una recaída o comportamiento anterior. - Ayudarle a interpretar una recaída como una experiencia en la que debe aprender qué es lo que no hay que hacer, y aprovechar esta lección para intentarlo de nuevo. - Indicarle que puede volver a la consulta siempre que lo considere necesario.

Las fases del cambio suelen ser correlativas, aunque no necesariamente lo sean, y como muestra la siguiente figura, aun cuando ya se haya ya producido una remisión estable de la conducta a modificar, puede producirse una recaída. La buena noticia es que una vez realizado este proceso, la persona ya no vuelve a la fase iniciales (pre-contemplación).



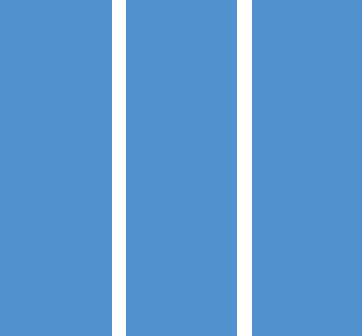
¿Existe algún instrumento para saber en qué fase del proceso se encuentra su paciente?

DiClemente y su equipo desarrollaron en 1990 la escala URICA¹ para identificar en qué fase del proceso de cambio se encuentra un paciente. Debido a la longitud de la escala URICA (40 ítems), algunos autores proponen la utilización de instrumentos muy breves para su uso en Atención Primaria^{2,3}. Por ejemplo, utilizando escalas de tipo Likert (con respuestas graduadas entre 0 y 10) para plantear preguntas que permitan valorar el grado de importancia que el paciente concede a la necesidad del cambio, así como sobre su grado de confianza en que puede lograr lo que se propone. Por ejemplo:

«Por favor dígame ¿hasta qué punto cree que su consumo de es peligroso o problemático?
En una escala del 0 (nada problemático) al 10 (muy problemático) ¿dónde se situaría usted?»



¹ DiCLEMENTE, C.C. & HUGHES, S.O. (1990). Stages of change profiles in alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 2, 217-235.
² MILLER, W., ROLLNICK, S. (2002). *Motivational Interviewing*. 2nd Edition. Guilford Press New York and London.
³ DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH AND SUBSTANCE DEPENDENCE. (2003). Brief intervention for substance use: a manual for use in primary care. Version 1.1 for Field Testing. Geneva: World Health Organization..



«Por favor dígame ¿hasta qué punto es importante para Ud. cambiar (reducir/abandonar totalmente...) su consumo de?. En una escala del 0 (nada importante) al 10 (muy importante) ¿dónde se situaría usted?»



Con una persona que haya puntuado alto en las dos preguntas anteriores, se puede utilizar el mismo tipo de escala para evaluar el grado de confianza que tiene en su capacidad para alcanzar su objetivo de cambio:

«Por favor dígame ¿hasta qué punto está usted seguro/a de que podrá reducir o abstenerse por completo del consumo de? Para ello, en una escala de 0 a 10, donde 0 es «nada seguro/a», y 10 es «muy seguro/a», ¿dónde se situaría usted?»



Estas preguntas pueden ser utilizadas al inicio de la intervención breve para ayudar a orientarla, o durante la intervención para alentar al paciente a hablar y reflexionar sobre sus razones para el cambio.

¿Existe algún método para promover el avance del paciente en el proceso de cambio?

El acompañamiento del paciente para promover su avance en el proceso de cambio puede optimizarse utilizando una estrategia de probada efectividad para provocar, aclarar y resolver la disonancia: la Entrevista Motivacional (Ver Anexo 10).

Entrevista motivacional

El concepto de la Entrevista Motivacional (EM) evolucionó en base a la experiencia clínica recogida en el tratamiento de personas con consumos problemáticos de alcohol, y fue inicialmente descrita por Miller en un artículo publicado en la revista *Behavioural Psychotherapy* (1983).

Los conceptos básicos planteados por aquel trabajo sirvieron desarrollar los procedimientos clínicos (métodos) que conforman lo que hoy se conoce como Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1991).

¿Qué es la motivación?

La motivación puede ser definida como la probabilidad de que una persona comience, continúe y se adhiera a una determinada estrategia para alcanzar algún objetivo vital del que se encuentra alejada en el momento presente.

Por ello, se considera que la motivación:

- No es una característica o un rasgo de personalidad, es un estado y por tanto, todas las personas pueden desarrollar la motivación necesaria para alcanzar objetivos en su vida, siempre que dispongan de los recursos necesarios para activarla.
- Es un estado de disposición para cambiar que fluctúa de un momento o situación a otros.
- Esta fluctuación depende de circunstancias externas, que en el contexto clínico pueden activarse mediante una interacción adecuada entre el profesional de la salud y el paciente.
- Tiene carácter predictivo, es decir permite una aproximación a la probabilidad de que se produzca un cambio.

¿Qué es la Entrevista Motivacional?

La EM es un método de interacción clínica, centrado en el paciente, cuya finalidad es provocar el cambio de comportamiento, al ayudar a las personas a explorar y resolver sus ambivalencias.

Utiliza un estilo de comunicación recíproca entre profesional de la salud y paciente, destinada a ayudar al paciente a explorar y resolver su ambivalencia acerca del consumo de alcohol u otras drogas, y promover así el avance a través de las distintas etapas del proceso de cambio, hasta adoptar un estilo de vida más saludable. Se trata de un método más lento que un enfoque informativo/autoritario y permite que sea el propio paciente quien evolucione de forma progresiva.

El objetivo central de la EM es el reconocimiento, examen y la resolución de la ambivalencia (disonancia) de cada paciente.



Es fundamental distinguir entre el concepto teórico de la entrevista motivacional y las técnicas o métodos que de él se derivan. Terapeutas que se centren demasiado en cuestiones de técnica, pueden perder de vista la esencia básica de la EM. Hay tantas variaciones en la técnica como encuentros clínicos.

El espíritu del método, sin embargo, puede resumirse en los siguientes puntos clave:

- La motivación para el cambio se produce desde el paciente, y no viene impuesta desde afuera. Otros enfoques terapéuticos hacen hincapié en la coacción, la persuasión, la confrontación constructiva, y el uso de contingencias externas (por ejemplo, la amenaza de pérdida de salud, trabajo o familia). La entrevista motivacional se basa en la identificación y movilización de los valores intrínsecos de cada persona, así como en la identificación de los objetivos capaces de estimular cambios en su comportamiento.
- Es tarea del paciente, no del terapeuta, articular y resolver su ambivalencia. La disonancia adquiere la forma de un conflicto entre dos cursos de acción (por ejemplo, la indulgencia frente a la restricción). Muchas personas nunca han tenido la oportunidad de expresar sus contradicciones y conflictos internos, por ejemplo «Si dejo de fumar me sentiré mejor conmigo misma, pero también puede que gane peso, y ello me hará sentir infeliz y poco atractiva». La tarea del terapeuta es facilitar la expresión de ambos lados del callejón sin salida, y guiarla hacia una solución aceptable que promueva el cambio.
- La persuasión directa no siempre constituye un método eficaz para resolver la ambivalencia. Es tentador tratar de convencer al paciente de la urgencia del problema. Sin embargo, las «amenazas» en general, aumentan las resistencias, disminuyendo la probabilidad de que se produzca el cambio.
- El estilo de asesoramiento basado en la persuasión directa y agresiva, es contrario al enfoque de la EM y por tanto se desecha como método para propiciar el cambio.
- La disposición al cambio no es un rasgo del paciente, sino un producto de la interacción interpersonal. La resistencia y la negación son vistas como el *feedback* resultante de dicha interacción. La resistencia del paciente es a menudo una señal de que el terapeuta tiene que modificar las estrategias de motivación.
- Requiere la adopción de un enfoque más lento que el disponible en una intervención persuasiva.

¿Cuáles son los elementos esenciales de este método?

Pueden resumirse en:

- El respeto al paciente, a sus creencias y a su escala de valores.
- La exploración de elementos personales que incrementen su motivación para adoptar un estilo de vida saludable.
- La ubicación de la relación terapéutica en los puntos de vista del paciente y su libertad de escoger.
- La consideración de que:
 - a. No es posible motivar a nadie a realizar esfuerzo o sacrificio alguno si no ve muy claro que beneficio personal le reportará tal empeño (personalización real de lo que va a ganar).
 - b. Nadie empieza a cambiar si no tiene claro que podrá conseguir su objetivo (autoconfianza).

¿Cuál es la función del terapeuta en la EM?

- Adoptar una actitud no autoritaria, caracterizada por: la empatía, la autenticidad y la calidez.
- Aceptar la ambivalencia.
- Mostrar interés y resumir los puntos de vista del paciente.
- Respetar las opiniones y decisiones del paciente.
- Valorar, reforzar y estimular la auto-eficacia.
- Asumir que la motivación se incrementa cuando el paciente puede:
 - a. Identificar sus problemas.
 - b. Fijar sus objetivos.
 - c. Activar sus recursos motivacionales.
 - d. Sentirse apoyado en la búsqueda de sus soluciones.
 - e. Confiar en su capacidad de cambiar.

¿Qué más hay que considerar en relación a la EM?

La EM es una herramienta de trabajo cuya utilización puede resultar de utilidad en muchas ocasiones, especialmente si se utiliza como una herramienta clínica complementaria a la intervención. Con todo es útil tener en cuenta que:

- No es la única ni la mejor.
- No sirve para todos los pacientes.
- No sirve para todos los momentos de evolución de una misma persona.
- En muchos casos puede constituir un paso previo para el inicio del tratamiento.



En resumen ¿Qué implica desarrollar un método de interacción clínica centrado en el paciente?

- Promover que sea el propio paciente quien identifique sus comportamientos problemáticos relacionados con el uso de drogas, sin transmitirle la sensación de que Ud. los ha etiquetado previamente.
- Mantener una actitud de **escucha respetuosa**, a través de la cual Ud. podrá llegar a confrontar al paciente con su problema.
- **Ofrecer el control al paciente** para elegir tanto los objetivos como las posibles alternativas para alcanzarlos.
- **Reconocer la ambivalencia** en la que todas las personas nos encontramos ante determinadas conductas, pensamientos, emociones... como algo intrínseco a la naturaleza humana, no patológico.
- Fomentar el aumento de la motivación y favorecer el deseo de cambio.

Bibliografía de referencia

- ANSTISS, T. (2009). Motivational Interviewing in Primary Care. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16(1), 87-93.
- COUZIGOU, P.; VERGNIOL, J.; KOWO, M.; TERREBONNE, E.; FOUCHER, J.; CASTERA, L.; LAHARIE, D. & DE LEDINGHEN, V. (2009). Brief Intervention About Alcohol Use. *Presse Medicale*, 38 (7-8), 1126-1133.
- MILLER, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 147-172.
- MILLER, W. R. & ROLLNICK, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- MILLER, W. R. & ROLLNICK, S. (2009). Ten Things That Motivational Interviewing Is Not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(2), 129-140.
- MILLER, W. R. & ROSE, G. S. (2009). Toward a Theory of Motivational Interviewing. *American Psychologist*, 64(6), 527-537.

RECURSOS ESPECIALIZADOS
EN LA RIOJA

Recursos sobre drogas en La Rioja

Si su paciente cumple con los criterios de derivación expuestos en esta guía, Ud. puede derivarlo a los servicios asistenciales de segundo nivel. La Rioja dispone de una amplia red para atender a las personas que requieren tratamiento especializado en drogodependencias. Esta red está integrada por:

- Una red pública de Centros o Unidades de Salud Mental, cuyos datos de contacto se incluyen a continuación en este Anexo, a los que Ud. puede remitir a pacientes que requieran un tratamiento especializado.
- Una red de centros de atención a las drogodependencias, gestionados por asociaciones sin ánimo de lucro, que ofrecen una amplia gama de servicios que van desde comunidades terapéuticas, atención ambulatoria, información y orientación, y actividades de prevención. En su mayoría actúan con convenios o subvenciones del Gobierno de La Rioja.

Recursos de prevención y atención de las conductas adictivas

SERVICIOS DE INFORMACIÓN, PLANIFICACIÓN Y COORDINACIÓN

Servicio de Drogodependencias

DIRECCIÓN c/ Gran Vía, 18 - 8ª planta
26071 LOGROÑO (La Rioja)
TELÉFONO 941 291 870 · FAX 941 291 871
CORREO E. oficina.drogas@larioja.org
PÁGINA WEB www.larioja.org/infodrogas

Oficina de Información sobre Drogas

DIRECCIÓN c/ Gran Vía, 18 - 8ª planta
26071 LOGROÑO (La Rioja)
TELÉFONO 941 291 870 · FAX 941 291 871
CORREO E. oficina.drogas@larioja.org
PÁGINA WEB www.larioja.org/infodrogas

Observatorio Riojano sobre Drogas

DIRECCIÓN c/ Gran Vía, 18 - 8ª planta
26071 LOGROÑO (La Rioja)
TELÉFONO 941 291 870 · FAX 941 291 871
CORREO E. oficina.drogas@larioja.org
PÁGINA WEB www.larioja.org/infodrogas

UNIDADES DE SALUD MENTAL Y CONDUCTAS ADICTIVAS

Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas

Centro de Salud «Espartero»

DIRECCIÓN Avda. de Pío XII, 12 bis – 3ª planta
26003 LOGROÑO (La Rioja)
TELÉFONO 941 296 345 · FAX 941 262 131

Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas

Centro de Salud «Siete Infantes de Lara»

DIRECCIÓN c/ Siete Infantes de Lara, 2
26006 LOGROÑO (La Rioja)
TELÉFONO 941 512 297 - 941 512 292 · FAX 941 512 298

Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas de Rioja Baja

Centro de Salud de Calahorra

DIRECCIÓN c/ Numancia, 37
26500 CALAHORRA (La Rioja)
TELÉFONO 941 278 997 - 941 131 429 · FAX 941 147 992

Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas de Rioja Baja

Centro de Salud de Arnedo

DIRECCIÓN Avda. Benidorm, 57
26580 ARNEDO (La Rioja)
TELÉFONO 941 380 016 - 941 380 235

**Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas de Rioja Alta
Centro de Salud de Haro**

DIRECCIÓN c/ Vicente Aleixandre, 2
26200 HARO (La Rioja)
TELÉFONO 941 296 261 - 941 310 539 · FAX 941 296 299

**Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas de Rioja Alta
Centro de Salud de Nájera**

DIRECCIÓN Avda. de La Rioja, 5
26300 NÁJERA (La Rioja)
TELÉFONO 941 279 048 - 941 363 501

**Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas de Rioja Alta
Centro de Salud de Santo Domingo de La Calzada**

DIRECCIÓN c/ Margubete, 1
262500 SANTO DOMINGO (La Rioja)
TELÉFONO 941 279 057 - 941 342 173

**PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE LAS UNIDADES
DE SALUD MENTAL Y CONDUCTAS ADICTIVAS**

**Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas
Programa de opiáceos**

DIRECCIÓN Centro de Salud «Espartero»
Avda. de Pío XII, 12 bis - 3ª planta
26003 LOGROÑO (La Rioja)
TELÉFONO 941 296 345

**Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas
Programa de psicoestimulantes**

DIRECCIÓN Centro de Salud «Espartero»
Avda. de Pío XII, 12 bis - 3ª planta
26003 LOGROÑO (La Rioja)
TELÉFONO 941 296 345

**Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas
Programa de alcohol y ludopatías**

DIRECCIÓN Centro de Salud «Espartero»
Avda. de Pío XII, 12 bis - 3ª planta
26003 LOGROÑO (La Rioja)
TELÉFONO 941 296 345

OTROS PROGRAMAS ESPECÍFICOS

Programa de atención al fumador

DIRECCIÓN Centro de Salud «Espartero»
Avda. de Pío XII, 12 bis - 3ª planta
26003 LOGROÑO (La Rioja)
TELÉFONO 941 296 346

SERVICIOS DE URGENCIAS

Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro

DIRECCIÓN c/ Piqueras, 98 (Barrio «La Estrella»)
26006 LOGROÑO (La Rioja)
TELÉFONO 941 298 000

Servicio de Urgencias del Hospital Fundación Calahorra

DIRECCIÓN Carretera de Logroño, s/n
26500 CALAHORRA (La Rioja)
TELÉFONO 941 151 002

Urgencias Sanitarias de Atención Primaria

DIRECCIÓN CARPA (Centro de Alta Resolución)
c/ Duquesa de la Victoria
26004 LOGROÑO (La Rioja)
HORARIO Laborables de 15 a 8 horas del día siguiente
Sábados, domingos y festivos: 24 horas
TELÉFONO Acceso al servicio a través del 112

Todos los Centros de Salud de las localidades de La Rioja son
Puntos de Atención continuada (PAC) de Atención Primaria

UNIDADES HOSPITALARIAS

Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría

DIRECCIÓN Hospital San Pedro
c/ Piqueras, 98
26006 LOGROÑO (La Rioja)
TELÉFONO 941 298 000 · FAX 941 298 667

**Unidad de Hospitalización de Media Estancia y Unidad
de Rehabilitación de Psiquiatría**

DIRECCIÓN Hospital General de La Rioja
Avda. de Viana, 1
26001 LOGROÑO (La Rioja)
TELÉFONO 941 298 000 · FAX 941 297 297

CENTROS RESIDENCIALES

**Centro de Tratamiento en Régimen Residencial
Proyecto Hombre**

DIRECCIÓN Paseo del Prior, 6 (Edificio Salvatorianos)
26004 LOGROÑO (La Rioja)
TELÉFONO 941 248 877 · FAX 941 248 640
CORREO E. phrioja@proyectohombrelarioja.es
PÁGINA WEB <http://www.proyectohombrelarioja.es/>

CENTROS Y PROGRAMAS DE DISPENSACIÓN DE SUSTITUTIVOS OPIÁCEOS

Todas las Unidades de Salud Mental y Conductas adictivas son centros de prescripción de tratamientos sustitutivos opiáceos.

Asociación Riojana para la Atención a Personas con Problemas de Drogas (A.R.A.D.)

DIRECCIÓN c/ Madre de Dios, 3
26004 LOGROÑO (La Rioja)
TELÉFONO 941 241 889 · FAX 941 241 889
CORREO E. aradioja@telefonica.net

Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas

Centro de Salud de Calahorra
DIRECCIÓN c/ Numancia, 37
26500 CALAHORRA (La Rioja)
TELÉFONO 941 278 997 · FAX 941 147 992

Centro de Salud de Alfaro

DIRECCIÓN Avda. Burgo Viejo, s/n
26540 ALFARO (La Rioja)
TELÉFONO 941 182 000

Unidad de Salud Mental y Conductas Adictivas

Centro de Salud de Haro
DIRECCIÓN c/ Vicente Aleixandre, 2
26200 HARO (La Rioja)
TELÉFONO 941 296 261 · FAX 941 296 299

PROGRAMA DE TRATAMIENTO CON SUSTITUTIVOS OPIÁCEOS A TRAVÉS DE OFICINAS DE FARMACIA DE LA RIOJA

ALCANADRE	Pascual Lavilla
ALDEANUEVA DE EBRO	Día Díaz
(Sólo si existe algún paciente en la localidad)	
ARNEDILLO	Tejada Vicuña
ARNEDO	González Llobet
	Jiménez Jiménez
	Roldán Ruiz
	Rincón Farmacéuticos

CALAHORRA (Sin Oficinas de Farmacia Acreditadas)	
CERVERA DE RÍO ALHAMA	Escribano Castro
LOGROÑO	Palacios Villaverde
	c/ Padre Marín
	Ruiz Pérez
	c/ Duquesa de la Victoria
	Adán Martínez
	c/ Vara de Rey
	Ancín Marín
	c/ Pérez Galdós
	González Garnica
	c/ Gran Vía
	Ibañez Ortega
	c/ República Argentina
	Prior Moltó, A.
	c/ Chile
	Sabrás Salazar
	c/ República Argentina
	García González
	c/ Vara de Rey
	Pardo Duque
	c/ Piqueras
MURILLO DE RÍO LEZA	Díaz Álvarez
NÁJERA	Olarte Mendiola
NALDA	García González
NAVARRETE	Domingo, P. y Bartolomé, I.
ORTIGOSA	Orti Gonzalo
RIBAFRECHA	Aparici Jerez
RINCÓN DE SOTO	Rodríguez Farmacéutico
(Sólo si existe algún paciente en la localidad)	
SAN ROMÁN DE CAMEROS	Martínez Ruiz de Clavijo
SAN VICENTE DE LA SONSIERRA	Vázquez Remírez
SANTO DOMINGO DE LA CALZADA	Prior Moltó, J.
(Sólo si existe algún paciente en la localidad)	
URUÑUELA	González Ceballos
VILLOSLADA	Zurbano Zufiaurre
ZARRATÓN	Díaz Jiménez

OTRAS ENTIDADES Y PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

Asociación Riojana para la Atención a Personas con Problemas de Drogas (A.R.A.D.)

DIRECCIÓN c/ Madre de Dios, 3
26004 LOGROÑO (La Rioja)
TELÉFONO 941 241 889 · FAX 941 241 889
CORREO E. aradrioja@telefonica.net

Proyecto Hombre

Fundación Centro de Solidaridad de La Rioja

DIRECCIÓN Paseo del Prior, 6. (Edificio Salvatorianos)
26004 LOGROÑO (La Rioja)
TELÉFONO 941 248 877 · FAX 941 248 640
CORREO E. phrioja@proyectohombrelarioja.es
PÁGINA WEB <http://www.proyectohombrelarioja.es/>

Atención al Colectivo de Reclusos con problemas de adicción a Drogas de Cruz Roja Española Oficina autonómica de La Rioja

DIRECCIÓN c/ Beneficencia, 2
26005 LOGROÑO (La Rioja)
TELÉFONO 941 225 212

Alcohólicos Anónimos. Agrupación Riojana de A.A.

DIRECCIÓN c/ Mercaderes, 6 - 1º dcha.
26001 LOGROÑO (La Rioja)
Apdo. Correos 1301
TELÉFONO 941 251 339 - 639 030 542
PÁGINA WEB www.alcoholicos-anonimos.org

Federación de Asociaciones de Alcohólicos en Rehabilitación de La Rioja

DIRECCIÓN c/ Gran Vía, 34 - Entreplanta izda.
26005 LOGROÑO (La Rioja)
TELÉFONO 941 102 100 - 663 807 722
CORREO E. fraar@fare.es

Asociación Riojana de Alcohólicos Rehabilitados (A.R.A.R.)

DIRECCIÓN c/ Huesca, 61 B - bajo
26005 LOGROÑO (La Rioja)
TELÉFONO 941 226 746 · FAX 941 287 393
CORREO E. asociacion-arar@terra.es

Grupo de Alcohólicos en Rehabilitación de Valvanera (GARVA)

DIRECCIÓN c/ Vélez de Guevara, 2 - 1º
26005 LOGROÑO (La Rioja)
TELÉFONO 627 535 827 - 696 247 906
CORREO E. garvarioja@eresmas.com

Asociación Riojana de Alcohólicos Rehabilitados de Najera (A.R.A.R.N.A.)

DIRECCIÓN c/ San Fernando, 108
26300 NÁJERA (La Rioja)
TELÉFONO 941 361 340
CORREO E. ararna@telefonica.net

Asociación Riojana de Jugadores de Azar (A.R.J.A.)

DIRECCIÓN c/ Hermanos Moroy, 22 - 3º D
26001 LOGROÑO (La Rioja)
TELÉFONO 941 208 833
CORREO E. conchas.t@correo.cap.es

Asociación Española contra el Cáncer - Aecc Junta Provincial de La Rioja

DIRECCIÓN c/ García Morato, 17, 1º
26002 LOGROÑO (La Rioja)
TELÉFONO 941 244 412 · FAX 941 255 071
CORREO E. larioja@aecc.es
PÁGINA WEB www.todocancer.org

PLANES MUNICIPALES DE DROGODEPENDENCIAS

Ayuntamiento de Logroño

Plan Municipal de Drogodependencias

DIRECCIÓN Avda. de la Paz, 11
26071 LOGROÑO (La Rioja)
TELÉFONO 941 277 000 · FAX 941 249 224
CORREO E. poca@logro-o.org
PÁGINA WEB www.logro-o.org

Ayuntamiento de Alfaro

Plan Municipal de Drogodependencias

DIRECCIÓN c/ Las Pozas, 14
26540 ALFARO (La Rioja)
TELÉFONO 941 180 211 · FAX 941 183 850
CORREO E. alfaro@aytoalfaro.org
PÁGINA WEB <http://www.alfaro.es>

Ayuntamiento de Arnedo

Plan Municipal de Drogodependencias

DIRECCIÓN Plaza de Nuestra Señora de Vico, 14
26580 ARNEDO (La Rioja)
TELÉFONO 941 385 766 · FAX 941 385 767
CORREO E. soid@aytoarnedo.org
PÁGINA WEB <http://www.ciudadcalzados.es/>

Ayuntamiento de Calahorra

Plan Municipal de Drogodependencias

DIRECCIÓN Glorieta de Quintiliano, 1
26500 CALAHORRA (La Rioja)
TELÉFONO 941 133 650 · FAX 941 145 240
CORREO E. pmd@ayto-calahorra.es
PÁGINA WEB <http://www.ayto-calahorra.es>

Ayuntamiento de Haro

Plan Municipal de Drogodependencias

DIRECCIÓN Plaza de la Paz, 1
26200 HARO (La Rioja)
TELÉFONO 941 311 597 · FAX 941 312 412
CORREO E. haro@haro.org
PÁGINA WEB <http://www.haro.org/>

Ayuntamiento de Lardero

Plan Municipal de Drogodependencias

DIRECCIÓN Plaza de España, 12
26140 LARDERO (La Rioja)
TELÉFONO 941 448 003 · FAX 941 448 345
CORREO E. ayto.lardero@laroja.org
PÁGINA WEB <http://www.aytolardero.org>

Ayuntamiento de Nájera

Plan Municipal de Drogodependencias

DIRECCIÓN Plaza de España, 1
26580 ARNEDO (La Rioja)
TELÉFONO 941 363 616 · FAX 941 363 572
CORREO E. ayto@aytonajera.es
PÁGINA WEB <http://www.najera.es>

Ayuntamiento de Rincón de Soto

Plan Municipal de Drogodependencias

DIRECCIÓN Plaza González Gallarza, 5
26550 RINCÓN DE SOTO (La Rioja)
TELÉFONO 941 160 013 · FAX 941 141 564
CORREO E. animacion.social@rincondesoto.org
PÁGINA WEB <http://www.rincondesoto.org>

Ayuntamiento de Villamediana de Iregua

Plan Municipal de Drogodependencias

DIRECCIÓN Plaza Cándido Sarriamán, 1
26142 VILLAMEDIANA (La Rioja)
TELÉFONO 941 160 013 · FAX 941 141 564
CORREO E. ayto@villamedianadeiregua.org
PÁGINA WEB <http://www.villamedianadeiregua.net/>

Si precisa información adicional, puede solicitarla en

Oficina de Información sobre Drogas:

- TELÉFONO **941 291 870 · FAX 941 291 871**
- CORREO E. **oficina.drogas@laroja.org**
- PÁGINA WEB **www.larioja.org/infodrogas**

MITOS EN RELACIÓN A LAS DROGAS

Mitos en relación a las drogas

Mitos frecuentes relacionados con el uso de drogas en general

MITO: El consumo problemático de drogas es una realidad que afecta sólo a las personas jóvenes.

REALIDAD: Falso. Se puede presentar a cualquier edad. Constituyen períodos de especial riesgo aquellos que implican cambios o transiciones vitales, como por ejemplo: adolescencia, proceso de inserción en el mundo laboral, desempleo, jubilación, etc.; también periodos que impliquen cambios vitales que pueden conllevar situaciones de estrés psicológico (fracaso escolar, accidente, conflicto familiar, divorcio, fallecimiento de un familiar, etc.).

Un grupo poblacional al que se presta poca atención en este aspecto lo constituyen las personas mayores de 65 años. Las personas de edad avanzada suelen consumir más medicamentos con o sin receta que cualquier otro grupo de edad. Se trata pues de una población especialmente vulnerable, no sólo por que consumen más fármacos sino también porque, la edad hace que el cuerpo sea más vulnerable a los efectos del alcohol u otras drogas.

MITO: Casi todas las personas que consumen drogas son delincuentes

REALIDAD: Falso. Las personas que mantienen consumos abusivos o de riesgo de drogas, son personas expuestas a mayor vulnerabilidad para el desarrollo de problemas familiares o sociales y por tanto requieren apoyo y ayuda adecuados para superar sus problemas. Esta realidad no implica que necesariamente mantengan comportamientos anti-sociales.

MITO: Todas las personas que consumen drogas son dependientes

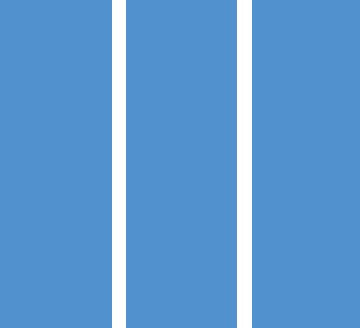
REALIDAD: Falso. Existen diferentes tipos de consumos de drogas: experimental, esporádico, recreativo, abusivo, o adictivo. Cualquiera de ellos puede ser problemático o no. Cada situación requiere una respuesta asistencial adaptada a las necesidades de cada persona, de acuerdo a las recomendaciones de esta guía. Las intervenciones son efectivas.

MITO: La gente que se droga lleva una vida marginal.

REALIDAD: Falso. En general sucede lo contrario. Muchas veces quienes consumen lo hacen buscando la integración, especialmente durante la adolescencia, el consumo suele iniciarse como un elemento de integración en el grupo de iguales—pares.

MITO: Las personas tienen problemas con las drogas cuando no pueden dejar de tomarlas y necesitan además usar cada vez más cantidad.

REALIDAD: Falso. Existen pautas de consumo que no suponen el desarrollo de una drogodependencia, aunque sí pueden conllevar riesgos para la salud o la seguridad de la persona que las practica. Entre ellas se encuentran aquellas que suponen riesgos graves aunque se realicen una sola vez u ocasionalmente, por ejemplo: beber alcohol antes de conducir un vehículo; tomar una sustancia psicoactiva sin saber qué contiene exactamente; mezclar diversas drogas; consumir altas dosis en un breve espacio de tiempo, etc.



MITO: Combinar el uso de estimulantes y de depresores ayuda a «neutraliza» los efectos desagradables.

REALIDAD: Falso. Lo único que se consigue es someter al organismo a grandes tensiones que pueden tener, y de hecho suelen tener, consecuencias fatales.

MITO: El cannabis tiene efectos terapéuticos, por lo que no debe ser malo fumarse un porro de vez en cuando.

REALIDAD: Falso. Los usos terapéuticos del cannabis se realizan de manera controlada y no tienen nada que ver con su uso recreativo. También existen medicamentos derivados del opio y nadie piensa que sea sano consumir heroína.

MITO: El consumo de cannabis puede controlarse ya que no produce adicción.

REALIDAD: Existen estudios científicos que demuestran que su consumo continuado puede producir adicción, especialmente cuando se consume en la adolescencia.

MITO: Fumar cannabis es menos perjudicial que fumar tabaco / Los canutos no hacen daño.

REALIDAD: El cannabis contiene muchas de las sustancias del tabaco que producen cáncer y las contiene en mayor cantidad (un 50% más). Además, la forma de consumirlo (fumada, sin filtro y con aspiraciones profundas) aumenta los riesgos de padecer cáncer. Tiene efecto broncodilatador, lo que favorece la absorción de las sustancias tóxicas, y al igual que ocurre con el tabaco, también es perjudicial para las personas que no fuman y se ven expuestas al humo ambiental que generan quienes fuman. Además, fumar un canuto conlleva todos los riesgos del tabaco y del cannabis.

MITO: El consumo de cannabis lleva al consumo de otras drogas ilegales.

REALIDAD: Ninguna droga tiene propiedad alguna que facilite pasar al consumo de otras drogas. Sin embargo, la familiarización y el entrenamiento en el consumo de drogas, comienza con las que tienen un menor estigma social (alcohol, tabaco, cannabis). Por lo tanto, el fomento de la abstinencia o, al menos, el retraso en la edad de inicio de cualquiera de ellas, contribuye a prevenir el consumo de drogas en general.

MITO: La cocaína da marcha y es menos peligrosa que otras drogas.

REALIDAD: Falso. La cocaína tiene un efecto estimulante pasajero (dura entre 30 y 60 minutos) tras el cual se produce un bajón intenso que causa cansancio, decaimiento y depresión. Las consecuencias de su consumo continuado sobre la salud física y psicológica de quienes la consumen son muy graves.

MITO: La cocaína mejora las relaciones con las demás personas ya que ayuda a desinhibirse.

REALIDAD: Su consumo abusivo produce irritabilidad y agresividad por lo que las relaciones sociales del consumidor se deterioran.

MITO: No pasa nada por consumir cocaína los fines de semana.

REALIDAD: Consumir todos los fines de semana supone consumir más de 100 días al año, sin contar los periodos de vacaciones en los que también se consume, lo que conlleva un riesgo evidente. Por otro lado, hay que tener en cuenta que los efectos del fin de semana se prolongan y afectan a los días siguientes.

MITO: No pasa nada por consumir unas pastillas los fines de semana.

REALIDAD: Algunos de los efectos graves del consumo de drogas de síntesis son independientes del tiempo que se lleve consumiendo. Además, consumir todos los fines de semana conlleva un riesgo evidente. También hay que tener en cuenta que los efectos del fin de semana se prolongan durante varios días.

MITO: El «cristal» es un éxtasis de lujo por su elevada pureza.

REALIDAD: El «cristal», al presentarse en forma de polvo, es fácilmente adulterable con otras sales o sustancias en polvo, mientras que los comprimidos de éxtasis sólo son adulterables en la fase previa a la elaboración de la pastilla. Por tanto, no siempre el «cristal» tiene mayor pureza que los comprimidos.

MITO: La heroína, si se fuma, se puede controlar.

REALIDAD: La heroína, de cualquier manera que se consuma, produce una fuerte tolerancia y dependencia, por lo que quienes la consumen aumentan rápidamente la dosis. Frecuentemente se pasa a la vía inyectada para poder obtener efectos más intensos con la misma cantidad.

MITO: Si la heroína no está adulterada no es peligrosa.

REALIDAD: Aunque los adulterantes de la heroína provocan importantes problemas de salud, la heroína en sí misma conlleva importantes riesgos que varían dependiendo de la forma de consumo.

Bibliografía de referencia

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2007).
Drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ARGOT

Glosario de términos

El glosario de términos presentado a continuación pretende contribuir a ampliar la comprensión de algunos conceptos utilizados en esta guía.

Las principales fuentes de información utilizada para este glosario han sido:

- WHO. (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva: World Health Organization.
- UNDCP. (2000). *Demand Reduction. A glossary of terms*. New York: United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention.
- ALONSO SANZ, C.; SALVADOR LLIVINA, T.; SUELVE JOANXICH, J.M.; JIMÉNEZ GARCÍA-PASCUAL, R. y MARTÍNEZ-HIGUERAS, I. (2004). *Prevención de la A a la Z. Glosario sobre prevención del abuso de drogas*. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.

Abstinencia. Resultado de evitar el consumo de drogas, ya sea por motivos de salud, personales, religiosos, morales, legales, etc. Frecuentemente, en encuestas o trabajos de investigación, el «abstinente» es definido como una persona que no ha consumido drogas en un determinado período anterior (por ejemplo, 3, 6 ó 12 meses), si bien es necesario ser cuidadoso con la definición que en cada caso se hace de este término ya que, en ocasiones, las personas que han consumido drogas una o dos veces en un año son también considerados abstinentes.

En el DSM-IV, la abstinencia es uno de los criterios para el diagnóstico de la dependencia a sustancias psicoactivas. Es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o en los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. Los síntomas de abstinencia varían mucho según la clase de sustancia y se han establecido diferentes criterios diagnósticos para la mayoría de ellas. Por ejemplo, hay signos fisiológicos comunes y fáciles de identificar en la abstinencia del alcohol, los opiáceos y los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos. Los signos y síntomas de la abstinencia de estimulantes como las anfetaminas y la cocaína, así como la nicotina, se presenta casi siempre, aunque en ocasiones son más difícil-

les de detectar. No se han observado síntomas relevantes de abstinencia con el consumo frecuente de alucinógenos.

Abuso. La característica esencial de los comportamientos de abuso de sustancias psicoactivas radica en el desarrollo de un patrón desadaptativo de consumo, manifestado por la incidencia de una o varias consecuencias adversas significativas y recurrentes. Por ejemplo: incumplimiento de obligaciones importantes, consumo repetido en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, problemas legales múltiples y problemas sociales e interpersonales recurrentes.

A diferencia de los criterios para la dependencia de sustancias psicoactivas, los criterios para el abuso no incluyen la tolerancia, la abstinencia, ni el patrón de uso compulsivo, y, en su lugar, se citan únicamente las consecuencias dañinas del consumo. Así, los criterios diagnósticos para el abuso de sustancias psicoactivas establecidos por el DSM-IV son:

Un patrón desadaptativo relacionado con el consumo de una sustancia psicoactiva que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por una (o más) de las siguientes situaciones, durante un período de 12 meses:

- Consumo recurrente de una droga, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, en la escuela o

- en casa (ejemplo, ausencias repetidas o bajo rendimiento, relacionados con el consumo).
- Ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela, relacionadas con el uso de la sustancia.
- Descuido de los niños o de las obligaciones del hogar o la familia.
- Uso recurrente de la sustancia en situaciones en las que consumir es peligroso (ejemplo, conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la droga);
- Problemas legales repetidos relacionados con el uso de la sustancia (ejemplo, arrestos por comportamiento escandaloso o anti-social).
- Consumo continuado de la sustancia psicoactiva, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por ejemplo, discusiones con la pareja acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).

Abuso de sustancias que no producen dependencia.

El ICD-10 lo define como el uso repetido e inapropiado de una sustancia que, aunque no tiene en sí misma potencial de dependencia, se acompaña de efectos físicos o psicológicos perjudiciales, o implica contactos innecesarios con los profesionales de la salud (o ambos). Esta categoría podría denominarse más apropiadamente «uso inadecuado de sustancias no psicoactivas».

Los grupos de sustancias más importantes a los que hace referencia esta categoría son drogas psicotrópicas que no producen dependencia (tales como antidepresivos o neurolépticos), laxantes, analgésicos que pueden ser comprados sin receta médica (tales como aspirina, paracetamol, etc.), esteroides y otras hormonas, vitaminas y antiácidos.

Adicción. Uso repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el usuario (denominado adicto) está periódica o crónicamente intoxicado, muestra una compulsión a tomar una o varias sustancias, tiene gran dificultad

para abandonar el consumo o modificar el uso de esas sustancias y trata de obtenerlas casi por cualquier medio. Generalmente se produce tolerancia y puede aparecer síndrome de abstinencia cuando se interrumpe el consumo. La vida de las personas que presentan adicción está dominada por el consumo de sustancias, hasta la virtual exclusión de otras actividades o responsabilidades. El término adicción también expresa el sentido de que la sustancia tiene un efecto nocivo sobre la sociedad, al igual que sobre el individuo. Cuando se aplica al consumo de alcohol, es equivalente a alcoholismo.

Desde los años 20 hasta los 60 se propuso diferenciar entre adicción y «habitación», para referirse a este último término como a una adaptación psicológica menos severa. En los años 60, la OMS recomendó que ambos términos fueran abandonados en beneficio del término «dependencia», el cual admite varios grados de severidad.

La «adicción» y la «dependencia» se confunden frecuentemente. Algunos autores prefieren el término «dependencia» ya que la adicción no está definida como una afección en el DSM-IV.

La adicción constituye una enfermedad crónica recidivante que afecta al sistema nervioso central. Se caracteriza por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas a pesar de las consecuencias nocivas para el adicto y para los que le rodean. La drogadicción se considera una enfermedad del cerebro porque el abuso de drogas produce cambios en la estructura y en el funcionamiento del cerebro. Si bien es cierto que en el caso de la mayoría de las personas la decisión inicial de tomar drogas es voluntaria, con el tiempo los cambios en el cerebro causados por el abuso repetido de las drogas pueden afectar el autocontrol y la habilidad para tomar decisiones, al mismo tiempo que se producen impulsos intensos de continuar consumiendo.

Debido a estos cambios en el cerebro es muy difícil para la persona que consume lograr dejar de abusar de las drogas. Afortunadamente hay tratamientos que ayudan a contrarres-

tar los efectos poderosamente destructores de la adicción y a recuperar el control. Las investigaciones demuestran que para la mayoría de los pacientes el mejor método de asegurar el éxito es una combinación de medicamentos para tratar la adicción, cuando los hay, con la terapia conductual. Se puede lograr una recuperación sostenida y una vida sin abuso de drogas usando enfoques diseñados específicamente para tratar el patrón de abuso de drogas específico de cada paciente conjuntamente con cualquier problema médico, psiquiátrico o social concurrente.

Al igual que muchas otras enfermedades crónicas con recaídas, como la diabetes, el asma o las enfermedades del corazón, la adicción a las drogas puede tratarse con éxito. Las recaídas, no significan un fracaso terapéutico. Más bien constituyen una señal de que se debe reinstaurar o ajustar el tratamiento o de que es necesario un tratamiento alternativo para que la persona recobre el control y pueda recuperarse.

Agonista. Sustancia que actúa sobre un receptor neuronal para producir efectos similares a los de una droga de referencia. Por ej., la metadona es un agonista similar a la morfina en relación a los receptores opiáceos.

Alcoholemia. La alcoholemia representa la concentración de alcohol en sangre y se expresa habitualmente en miligramos o gramos de alcohol por decilitro (100 cc). Sin embargo, puede expresarse de otras formas, en especial en el campo de la medicina de tráfico y seguridad vial. En el campo del tráfico, el alcohol en la sangre se cuantifica habitualmente como concentración alcohólica en la sangre (Blood Alcohol Concentration: BAC) o como proporción de alcohol (en peso o en volumen) en la sangre. De manera que una parte de alcohol en mil de sangre (en masa o peso) se manifiesta porcentualmente como 0,1% BAC (1 gr de alcohol en 1.000 cc; como el peso de 1.000 cc en sangre es de 1.000 gr; 1gr/1.000 gr ó 0,1 %). En ocasiones se utiliza una relación peso/volumen, expresando la concentración anterior como 1 gr. de alcohol por litro de sangre o 100 mg/100 ml de sangre.

Se trata de una medida útil en actuaciones para prevenir los accidentes de tráfico y promover la seguridad vial. Una persona que conduce un vehículo con una tasa de alcoholemia a partir de 0,5 gr/l duplica el riesgo de sufrir un accidente de tráfico.

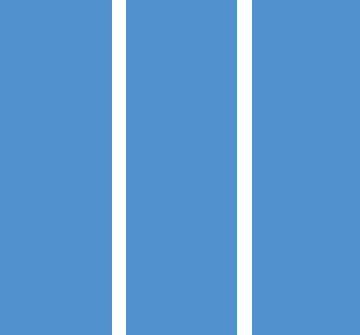
Análisis de drogas o toxicológico. Se refiere al análisis de los fluidos corporales (tales como sangre, orina o saliva), cabello u otro tejido para determinar la presencia de una o más sustancias psicoactivas.

El análisis de drogas es empleado, entre otras finalidades, para hacer el seguimiento de la abstinencia de sustancias psicoactivas en personas que siguen programas de rehabilitación, para determinar usos de drogas encubiertos en pacientes que siguen terapias de mantenimiento y donde el puesto de trabajo está condicionado a la abstinencia de tales sustancias. Se utiliza el término «nivel de alcohol en sangre» para el análisis específico de las concentraciones de alcohol en sangre.

Antagonista. El antagonismo es la disminución o anulación de la acción farmacológica de una droga por la acción de otra droga. Por ejemplo, la cafeína estimula el sistema nervioso central y sus efectos son disminuidos o suprimidos por el pentobarbital que es una droga depresora central.

Existen dos clases de antagonismos: el competitivo y el no competitivo. El antagonismo de competición se produce cuando una sustancia de estructura química semejante a una droga agonista se fija en los receptores de ésta, pero siendo inactiva de por sí (no produce respuesta pero impide que se fije en dichos receptores la droga agonista). El antagonismo no competitivo ocurre cuando dos drogas de estructura química no semejante y que, por tanto, ocupan dos tipos distintos de receptores, dan lugar a efectos opuestos que se anulan mutuamente.

Los antagonistas opiáceos se utilizan como tratamiento que evite las frecuentes recaídas en los adictos a este tipo de



sustancias, ya sea después de una desintoxicación o cuando se incorporan a su medio después de un período de estancia en un centro de rehabilitación.

Los antagonistas opiáceos son definidos como sustancias químicas que poseen la capacidad de bloquear los efectos de los agonistas opiáceos, entre ellos la analgesia, la euforia y los cambios fisiológicos que producen estos agonistas. Por ello también bloquean el desarrollo de dependencia física y de tolerancia a los opiáceos.

La actuación molecular de estos antagonistas se produce por bloqueo del acceso del agonista al receptor opiáceo. Al ocupar el receptor impiden los efectos farmacológicos de los agonistas, y por tener mayor afinidad por el receptor desplazan a dichos agonistas y precipitan la abstinencia en los individuos dependientes.

El antagonista opiáceo que se utiliza en la actualidad es la naltrexona que fue sintetizada por Blumberg y Dayton en los años 60. Su mecanismo de acción se realiza por fijación competitiva a los receptores opiáceos cerebrales y el desplazamiento de los agonistas opiáceos. Presenta poco potencial de abuso por carecer de efectos agonistas, falta de euforia, falta de efectos desagradables iniciales y no crea dependencia física ni aparecen síntomas de abstinencia al interrumpir el tratamiento. Su utilización se basó en la descripción del síndrome de abstinencia condicionado, el cual se refiere a que numerosas situaciones asociadas al consumo pueden desencadenar el deseo de consumir y conducir a la recaída. La naltrexona ayuda a impedir esta recaída ya que, tras la toma de antagonistas opiáceos, no se experimenta el efecto de los opiáceos y esta falta de refuerzo repetida conduce a la extinción de la respuesta de búsqueda de la droga.

La naltrexona también se utiliza en el tratamiento del alcoholismo basándose en la implicación del sistema opiáceo endógeno en el desarrollo de la dependencia al alcohol. Su

administración puede disminuir el *craving* y los efectos estimulantes del consumo o aumentar los efectos aversivos, aunque parece que el mecanismo de acción principal de la naltrexona es el bloqueo de los efectos reforzantes positivos debidos al consumo de alcohol. Al igual que en el caso de los opiáceos, el bloqueo del efecto producido por el alcohol evita la recaída en el consumo y lleva a una extinción de dicho consumo por falta de refuerzo positivo. Además, los alcohólicos pueden notar una mayor sensación subjetiva de intoxicación etílica que les lleva a frenar antes el consumo. Aunque la presencia de un efecto aversivo es posible, éste tiene lugar probablemente en una minoría de sujetos y no parece constituir el principal mecanismo de acción de la naltrexona.

Bebedor/a no problemático/a. Persona que cumple los criterios siguientes: ser mayor de 18 años; si se trata de una mujer, que no esté embarazada ni en período de lactancia; tiene un estado nutricional adecuado; las bebidas ingeridas corresponden a las aprobadas por las autoridades sanitarias; no presenta embriagueces patológicas; consume alcohol sin consecuencias negativas para sí o para otras personas; no tiene problemas familiares o laborales debidos a su consumo alcohólico; no depende del alcohol para alegrarse, desinhibirse o comunicarse; no presenta patologías que se agraven o descompensen con el alcohol; no se embriaga.

Comorbilidad. Ver «patología dual».

Conducta de riesgo. En relación con el uso de drogas, se refiere a conductas que ponen a las personas en riesgo de daños relacionados con dichas drogas. Aunque este término se ha relacionado más a menudo con conductas tales como compartir jeringuillas u otros útiles para inyectar (cuchara, agua, torniquete, etc.), las cuales ponen a los consumidores por vía parenteral en riesgo de transmisión de virus como SIDA o hepatitis C, el término puede ser aplicado para cualquier droga y cualquier riesgo de daño a la vida, las relaciones, la salud o de recibir sanciones legales.

Consejo psicológico y psicoterapia. El consejo psicológico es un proceso interpersonal intensivo que pretende ayudar a la población normalizada a lograr sus metas o a desarrollar sus funciones de manera más efectiva. La psicoterapia es generalmente un proceso a más largo plazo relacionado con la reconstrucción de la persona y cambios más profundos en áreas psicológicamente fundamentales tales como la estructura de la personalidad. La psicoterapia se concibe generalmente para aquellas personas que padecen alguna patología.

Consumo compulsivo de alcohol (*Binge drinking*). Consumo elevado de alcohol que ocurre durante un extenso período de tiempo dedicado a este fin. En informes de población, el período se define normalmente como más de una bebida a la vez.

También se puede incluir en esta categoría el «Beber de marcha» entendido como un consumo de alcohol en grandes cantidades y durante un período de tiempo (un día o un fin de semana, por ejemplo) sin interrupción. Generalmente se produce en población juvenil y está asociado a la actividad de «marcha» (diversión, música, etc.) en discotecas u otros locales. Estos períodos de consumo de alcohol pueden intercalarse con períodos de abstinencia. Los grandes bebedores de fin de semana entrarían en esta categoría.

Consumo de drogas en personas mayores. Mientras que el consumo de alcohol y otras drogas generalmente se reduce a medida que las personas se hacen mayores, los problemas con el alcohol y otras drogas entre los adultos de mayor edad (60 años en adelante) es una fuente de riesgo para su salud y su seguridad, así como una seria preocupación para sus familias.

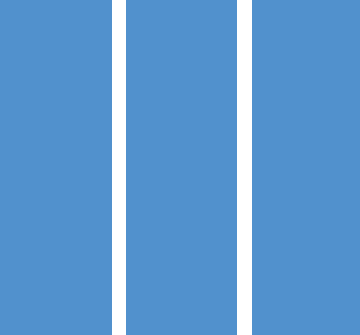
Especialmente relevante en las personas mayores es el consumo de alcohol. Un número importante de pacientes ancianos que se atienden en los servicios médicos y psiquiátricos presentan patologías relacionadas en algún grado con el

consumo de alcohol, lo cual convierte dicho consumo en un tema clínicamente importante a tener en cuenta en la valoración de estos pacientes. Por otra parte existen una serie de cambios fisiológicos debidos a la edad que hacen a los ancianos más vulnerables al alcohol. Además de cambios en el metabolismo, con la edad aumenta el porcentaje de tejido graso, por lo que existe una tendencia a una distribución mayor de todas las sustancias liposolubles como el alcohol, lo que da como resultado una menor tasa de eliminación. Como también está disminuida la eficacia de los enzimas hepáticos responsables de la desintoxicación, se puede esperar que para una dosis equivalente de alcohol por kilogramo, los ancianos alcancen niveles sanguíneos más altos que los individuos más jóvenes. A todo esto hay que añadir la mayor sensibilidad cerebral de las personas mayores a todos los depresores del Sistema Nervioso Central.

También hay que tener en cuenta que los ancianos pueden estar tomando medicamentos con los que el alcohol puede interactuar, y que éste puede contribuir a agravar enfermedades muy frecuentes a esas edades, como pueden ser las pulmonares o las cardiovasculares.

Las personas de edad avanzada, además de presentar estas complicaciones, puede ser alcohólico. Pueden distinguirse tres tipos de personas mayores en cuanto a su relación con el alcohol:

- *Alcohólicos primarios:* son los verdaderos alcoholismos de la tercera edad puesto que son aquellos que se convierten en alcohólicos al llegar a la ancianidad en relación normalmente con el retiro.
- *Alcohólicos secundarios:* son aquellos ancianos que comenzaron a beber en su juventud o en su madurez y que han llegado a la ancianidad tras una larga carrera alcohólica que se mantiene a estas edades.
- *Alcohólicos abstemios:* personas que durante su vida adulta consumieron bebidas alcohólicas en exceso y que suspendieron ese hábito al llegar a la tercera edad.



Consumo de menor riesgo. Muchas drogas pueden ser usadas de forma que las consecuencias adversas se reduzcan, ya sea a través de preparaciones más seguras, dosis bajas, otras formas de administración o en lugares más seguros. Por ejemplo, el riesgo de consecuencias adversas del consumo de heroína, o la forma en que un episodio de consumo de drogas amenaza la vida, está en gran medida determinado por si se comparten los útiles de inyección; si un nuevo lote de heroína está probado primero en una pequeña dosis por si es anormalmente puro; o si es usado conjuntamente con otros depresores del sistema nervioso central como las benzodiazepinas o el alcohol. En muchos casos es posible identificar prácticas de uso de drogas que reducen, aunque normalmente no eliminan, el riesgo de consecuencias adversas serias.

Consumo excesivo de alcohol. Término, actualmente en desuso, empleado para referirse a un patrón de consumo de alcohol que excede el consumo moderado o aceptable. «Consumo de riesgo» o «bebedor de riesgo» es el término más aproximado que se utiliza en la actualidad.

En la octava revisión de la *International Classification of Diseases* se distinguen dos tipos de beber excesivo: episódico y habitual, cuando el beber excesivo era aparentemente igual a intoxicación. El beber excesivo episódico incluye la realización, al menos algunas veces al año, de consumos excesivos de alcohol durante momentos relativamente breves. Estos momentos podrían durar varios días o semanas. El beber excesivo habitual incluye un consumo regular de grandes cantidades de alcohol, las cuales son suficientes para perjudicar la salud del individuo o su funcionamiento social.

Consumo experimental de drogas. Generalmente se refiere a los primeros consumos de una determinada droga. También se utiliza este término para referirse a consumos muy poco frecuentes de una sustancia.

Consumo moderado de alcohol. Se refiere al consumo controlado de alcohol para evitar la intoxicación o el uso de

riesgo. El término es aplicado especialmente cuando hay una razón para cuestionar la capacidad de beber de manera controlada en todas las ocasiones, como es el caso de individuos que han mostrado signos de dependencia alcohólica o de consumo nocivo.

Aplicado a otras sustancias psicoactivas, el término análogo sería «uso controlado de drogas» y se refiere al mantenimiento de un uso regular, no compulsivo, de sustancias que no interfiere con el funcionamiento ordinario, y al método de uso que minimiza los efectos adversos de la droga consumida.

Consumo problemático de alcohol u otras drogas. Se refiere al uso de drogas que mantiene una persona que ha padecido, o padece, uno o varios problemas relacionados con el alcohol u otras drogas. Por ejemplo, haber conducido bajo los efectos del alcohol u otras drogas, presencia de complicaciones médicas, familiares o conductuales.

Consumo recreativo. Consumo de una droga legal o ilegal en circunstancias de diversión o de interacción social que no llega a producir dependencia u otros problemas.

Consumo social de alcohol. Literalmente, se aplica a la conducta de beber en compañía, en oposición a beber en solitario. También se utiliza para referirse a un patrón de consumo de alcohol que no es problemático.

Más adecuadamente, se refiere al uso de bebidas alcohólicas como hábito social, básicamente en compañía de otros, y sólo por motivos socialmente aceptables y en formas socialmente aceptables. El consumo social de alcohol no es necesariamente moderado.

Contenido alcohólico. Los grados miden el contenido de alcohol absoluto en 100 cc. Es decir, un vino que tenga 13 grados, significa que 13 cc de cada 100 cc son de alcohol absoluto, es decir el 13%.

Desde la perspectiva sanitaria tiene mayor relevancia determinar los gramos de alcohol absoluto ingeridos, en lugar del volumen de bebida alcohólica. Para calcular el contenido en gramos de una bebida basta con multiplicar los grados por 0.8, ya que la densidad del alcohol es menor que la del agua. La fórmula sería: Gramos de alcohol = volumen (expresado en dl) X graduación X 0.8. Así, si una persona consume 100 cc de vino de 13 grados, la cantidad de alcohol absoluto ingerida es de $13 \times 0.8 = 10.4$ gr de alcohol absoluto.

Craving. Término inglés que se usa para referirse al impulso imperioso, central en toda dependencia, de consumir una determinada sustancia con el deseo subjetivo de experimentar sus efectos. El *craving* supone una reacción aprendida, primero a partir de la experiencia gratificante del consumo (refuerzo positivo) y, más adelante, fruto de la necesidad para evitar el síndrome carencial (refuerzo negativo)

Daños relacionados con las drogas. Consecuencias adversas del uso de drogas, ya sean de carácter social, físico, psicológico, legal o de cualquier otro tipo, que son experimentadas como perjudiciales por el consumidor y/o por los que viven con él o por otras personas afectadas por las acciones del usuario de drogas. El término se prefiere a «problemas de drogas» porque no implica un problema personal permanente que requiere tratamiento, sino que centra su atención en si el uso de drogas está relacionado o no con un daño medible de alguna clase.

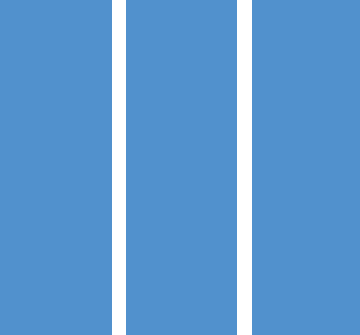
Dependencia de sustancias psicoactivas. De acuerdo con el DSM-IV, es un patrón desadaptativo de uso de una sustancia que conduce a un deterioro o a un malestar clínicamente significativos, y en el que se observan tres (o más) de los siguientes síntomas, los cuales ocurren dentro de un período de 12 meses: 1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes síntomas: a) La necesidad de cantidades marcadamente incrementadas de una sustancia para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado. b) La disminución pronunciada del efecto con el uso continuado de la misma can-

tidad de sustancia. 2. Abstinencia, manifestada por cualquiera de los siguientes síntomas: a) El síndrome de abstinencia característico de la sustancia, definido para cada sustancia específica en el DSM-IV. b) Se toma la misma sustancia (u otra estrechamente relacionada) para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia. 3. La sustancia se toma a menudo en mayor cantidad o períodos de tiempo más largos de los que se tenía intención. 4. Hay un deseo persistente o se realizan esfuerzos sin éxito para disminuir o controlar el uso de la sustancia. 5. Se gasta una gran cantidad de tiempo en actividades necesarias para obtener la sustancia (por ejemplo, se visita a muchos médicos o se conduce durante largas distancias), para administrarse la sustancia (fumar en cadena), o para recobrarse de sus efectos. 6. Se renuncia a importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas, o se reducen por uso de la sustancia. 7. Se continúa usando la sustancia a pesar de saber que se tiene un problema persistente o recurrente, físico o psicológico, que probablemente ha sido causado o exacerbado por el uso de la sustancia.

Depresor. Cualquier agente que suprime, inhibe o reduce algún aspecto de la actividad del sistema nervioso central (SNC). Las principales clases de depresores del SNC son los sedativos/hipnóticos, opiáceos y neurolépticos. Ejemplos de drogas depresoras son el alcohol, barbitúricos, anestésicos, benzodiacepinas, opiáceos y sus sintéticos análogos. Los anticonvulsivos son incluidos a veces en el grupo de los depresores a causa de su acción inhibidora de la actividad neuronal anormal.

Factores de protección. Aquellas características individuales, ambientales o sociales que reducen la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas o de que éste llegue a causar problemas importantes.

Debe tenerse en cuenta que los factores de protección no son el valor opuesto a los factores de riesgo sobre una misma variable, sino que se trata de otros factores cuya presencia amortigua el impacto de los factores de riesgo.



Entre los factores de protección podemos señalar la existencia de fuertes vínculos familiares, una buena educación parental con reglas de conducta claras e implicación de los padres en la vida de sus hijos, éxito escolar, fuertes vínculos con instituciones prosociales como la escuela u organizaciones religiosas y la asunción de normas convencionales sobre el consumo de drogas.

Otros autores sugieren listados más exhaustivos de factores de protección. Por ejemplo, CSAP (2000) señala los siguientes:

Factores individuales. Se identifican como principales categorías de factores protectores en el ámbito individual :

- Temperamento positivo, lo cual incluye habilidades sociales y sensibilidad social, espíritu cooperativo, estabilidad emocional, opinión positiva de sí mismo, flexibilidad, estrategias de solución de problemas y bajos niveles de auto-defensa.
- Pertenencia a familias que proporcionan apoyo emocional, incluyendo atención de los padres a los intereses de los hijos, apego a los padres, relaciones ordenadas y estructuradas entre padres e hijos e implicación de los padres en los deberes escolares y en las actividades relacionadas con la escuela.
- Contacto con instituciones sociales de apoyo que refuerzan los esfuerzos de afrontamiento de los hijos, lo cual incluye el compromiso con la escuela, la implicación en actividades religiosas o la creencia en valores sociales.
- La competencia social, la cual incluye buenas habilidades de comunicación, sensibilidad, empatía, bondad, sentido del humor, inclinación hacia la conducta prosocial, estrategias de resolución de problemas, un fuerte sentido de la autonomía y la independencia, y sentido de las propias metas y del futuro.

Factores familiares: Quizá el factor de protección más importante relacionado con la familia es la vinculación positiva con el ámbito familiar. Otros factores son:

- Altos niveles de afecto y ausencia de crítica severa.
- Una sensación de confianza básica.
- Altas expectativas de los padres.
- Reglas y expectativas claras respecto a los hijos, incluyendo su participación en las tareas y responsabilidades familiares.

Factores escolares: Los factores protectores relacionados con el ámbito escolar son similares a los familiares, y se centran en la disponibilidad de cuidado y apoyo por parte de la institución escolar, altas expectativas, reglas claras de conducta, y participación e implicación de los jóvenes en las tareas y las decisiones escolares.

Factores relacionados con el grupo de iguales: Considerando la importancia crucial que tiene el grupo de iguales durante la adolescencia, uno de los factores protectores más importantes es la implicación con grupos de iguales con actividades y normas positivas.

Factores de riesgo. En general, son aquellas condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para desarrollar un problema o una enfermedad específicos. Referidos al consumo de drogas, son aquellas condiciones individuales, sociales o ambientales que incrementan la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas o de que éste llegue a causar problemas importantes. La investigación ha identificado numerosos factores de riesgo que pueden agruparse de la siguiente forma: a) factores relacionados con las características individuales; y b) factores relacionados con el contexto social: relacionados con el ambiente familiar; relacionados con el ambiente escolar; relacionados con el grupo de iguales; relacionados con el ámbito laboral; y factores vinculados al entorno social general.

Factores de riesgo del ámbito familiar. Aunque no se han identificado variables predictoras, relacionadas con el

desarrollo de usos problemáticos de drogas, si se han descrito variables consistentemente asociadas al uso problemático de drogas. Las principales variables asociadas son:

Factores de riesgo específicos en relación a las drogas

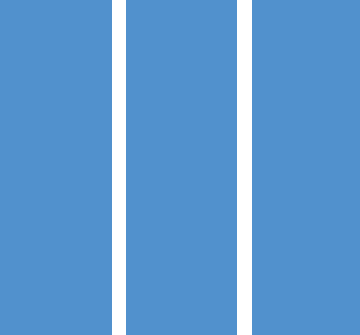
- El consumo parental de drogas, legales o ilegales (padre, madre o ambos).
- Actitudes parentales favorables ante el consumo de drogas legales e ilegales.
- El consumo de drogas, legales o ilegales, por parte de otros miembros de la familia.
- Falta de advertencias o expectativas parentales manifiestas para que los hijos mantengan la abstinencia.
- Historia familiar de alcoholismo u otra drogodependencia.

Factores de riesgo no específicos que incrementan la vulnerabilidad general a la aparición de problemas de conducta en la adolescencia

- Baja calidad general de la relación familiar (ausencia de afectividad, dificultades de comunicación y falta de reconocimiento u aceptación parentales).
- Pocas ocasiones de contacto familiar (realización de pocas actividades o tareas conjuntas, poco tiempo compartido, pocas comidas o cenas compartidas a la semana, ausencia de ocio compartido, etc.).
- Desestructuración familiar y existencia de un clima conflictivo y de aislamiento emocional entre las personas que integran la familia.
- Estilo educativo o de manejo y gestión inadecuados que puede adoptar varias formas:
 - a. Permisivo: aquel que carece de normas y límites o las normas las impone el hijo por falta de directrices parentales claras.
 - b. Contradictorio: aquel en que las normas se aplican de modo inconsistente, y/o en el que se produce una excesiva exigencia para determinados aspectos y excesiva tolerancia en otros.
 - c. Rígido: aquel que aplica las normas sin diálogo ni escucha mútua, de forma autoritaria (incluyendo el castigo

- físico severo) y planteado expectativas y demandas excesivas o no realistas.
- Falta de control efectivo sobre el contexto en el que se desenvuelve la conducta de los hijos. Las familias en las que se percibe más conflicto (por ejemplo, padres separados con problemas, o padres que conviven con un alto grado de desavenencia y crispación) es muy probable que sean familias con menor grado efectivo de control y supervisión, causando además mayor estrés filial que dificulte su adaptación social y su rendimiento académico.
- Bajo control de diversos aspectos de la vida escolar cuyo cumplimiento se exige.
- Familias monoparentales, no por el hecho en sí de serlo, sino cuando estas tienen mayor dificultad para ejercer una labor de control y supervisión sobre los hijos.
- Familias en las que se produce abuso o maltrato (verbal, físico o sexual) por parte de los padres.
- Extrema deprivación económica de la familia que pueda implicar situaciones límite (hacinamiento, carencias de atención básica, chabolismo, etc.).
- Historia familiar de problemas de conducta, incluyendo: modelo de los padres o hermanos que presentan valores antisociales, personalidad antisocial, psicopatología o conducta criminal.
- Prácticas pobres de socialización, incluyendo fallos para promover un desarrollo de una conciencia moral positiva, negligencia o incapacidad para enseñar habilidades sociales y académicas y para transmitir valores pro-sociales.
- Problemas parentales de salud mental, como la depresión, que pueden promover puntos de vista negativos sobre las conductas filiales.
- Aislamiento familiar y ausencia de una red de apoyo familiar eficaz.
- Diferencias familiares en el nivel cultural paterno-filial puede generar pérdida de control parental.

Factores de riesgo individuales. Algunos de los más importantes factores de riesgo individuales en relación al consumo de drogas pueden ser categorizados como variables



incontrolables. En este sentido cabe citar la predisposición genética al consumo de alcohol. También la edad es un factor importante ya que los individuos son más vulnerables durante un determinado período de tiempo (de la preadolescencia a la juventud adulta) y un comienzo temprano del consumo incrementa el riesgo de problemas relacionados con la sustancia.

Independientemente de los factores citados, las variables de carácter individual que más se han asociado a un incremento de la probabilidad de consumir drogas son:

- **Factores de personalidad** (baja autoestima, elevada búsqueda de sensaciones, baja asertividad, elevada necesidad de aprobación social, impulsividad, hostilidad, etc.).
- **Factores conductuales** (insatisfacción con el empleo del tiempo libre, bajo rendimiento escolar, falta de habilidades sociales, conducta agresiva o delictiva, etc.).
- **Factores cognitivos, actitudes y valores** (falta de información, actitudes positivas hacia las drogas, escasa percepción de riesgo en relación al consumo de drogas, falta de habilidades para tomar decisiones, sobre-estimación de la prevalencia, confusión en el sistema de valores, etc.).

Factores de riesgo relacionados con el grupo de iguales. Se ha constatado que la posible influencia negativa de los iguales es uno de los factores más importantes en el inicio del consumo de drogas legales e ilegales entre los jóvenes y que su influencia sigue siendo de gran importancia durante en los primeros años de la edad adulta. Sin embargo, no todos los jóvenes son igualmente influenciados por la presión real o percibida de los iguales. De hecho, parece que esta variable interacciona con otras de carácter individual de manera que los adolescentes más susceptibles de ser influidos por los iguales son los que tienen baja autoestima, están menos dispuestos a obedecer a los adultos, menos interesados en las tareas escolares, menos pendientes de metas futuras, o se sienten poco vinculados a las normas positivas tradicionales de carácter familiar, comunitario o religioso. También influye la edad, de manera que la influen-

cia de los iguales se incrementa a medida que los individuos se acercan a la adolescencia.

Además de todos estos factores, una variable clave para la predicción del consumo de drogas es que el joven se relacione con iguales que consumen alcohol o drogas o que se implique en otras formas de conducta problemática.

Intervención breve. Modalidad de intervención terapéutica cuya finalidad es promover cambios de estilos de vida en pacientes que acuden a una consulta sanitaria. Su duración puede abarcar entre 3 y 5-10 minutos. Implica el consejo donde se informa al paciente del riesgo o daño detectado, contrastando su consumo de alguna sustancia psicoactiva con los límites de riesgo establecidos y motivando o promoviendo cambios de conducta deseables en cada caso. Como complemento, puede facilitarse al paciente material informativo o de auto-ayuda.

Es la intervención menos ambiciosa pero la más generalizable en Atención Primaria al ser la única posible cuando se dispone de poco tiempo de consulta, o cuando el paciente rechaza ahondar en el tema.

Patología dual (PD). Coexistencia temporal de dos o más trastornos psiquiátricos o de personalidad, uno de los cuales se deriva del consumo de sustancias psicoactivas (por ejemplo: trastorno bipolar y dependencia a cocaína, esquizofrenia y dependencia al cannabis, etc.). El consumo de algunas sustancias psicoactivas puede facilitar el desarrollo del trastorno mental en personas predispuestas, mientras que en otros casos puede que cumpla una función de automedicación.

En cualquier caso, la existencia de una patología dual dificulta el manejo del paciente y la existencia de una PD se asocia a un peor pronóstico. Por ello, ante estos pacientes, la coordinación con los Servicios de Salud Mental favorece, tanto el pronóstico como la eficacia de la intervención.

La derivación y el seguimiento del paciente desde la AP a los recursos de segundo nivel pueden facilitar o promover la adherencia al tratamiento especializado.

Reducción de daños. En el contexto del alcohol y otras drogas, la reducción de daños se refiere a las políticas o programas que se dirigen a reducir las consecuencias negativas resultantes del consumo de alcohol u otras drogas, tanto sobre el individuo como sobre la comunidad en general, sin requerir necesariamente la abstinencia. Algunas estrategias de reducción de daños diseñadas para lograr un uso más seguro de las drogas podrían, sin embargo, preceder a intervenciones posteriores para lograr la abstinencia total. Son ejemplos de reducción de daños el intercambio de jeringuillas para reducir el hábito de compartir material de inyección entre los usuarios de drogas por vía parenteral, o el uso de vasos inastillables para reducir las heridas durante las peleas en los bares.

El término reducción de daños empieza a ser utilizado más ampliamente a partir de los intentos de detener la extensión del HIV proporcionando material de inyección estéril a los usuarios de drogas por vía parenteral en los primeros años de la década de los 80. Las estrategias de reducción de daños pueden ser usadas para lograr un menor riesgo en el uso de drogas como un paso intermedio en el proceso hacia el logro de una abstinencia total, si bien el grado en que se trata de evitar la continuación del uso de drogas es diferente en función de la filosofía del programa. Generalmente, la reducción de daños supone establecer una jerarquía de conductas de riesgo e implica también que los individuos y las comunidades trabajen para encontrar una posición en esa jerarquía que sea aceptable para ellos. La definición de reducción de daños en sentido amplio permite que los programas orientados a la abstinencia puedan ser considerados como reductores del daño si se dirigen a la reducción de los daños en lugar de sólo reducir el uso, y si no son coercitivos o punitivos en su planteamiento. La reducción de daños como tal es neutral en relación a la moralidad de continuar consu-

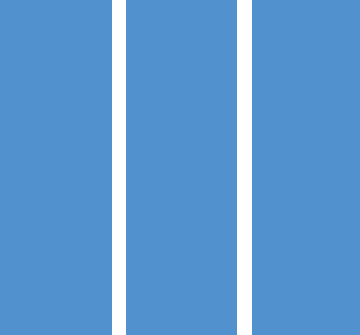
miendo drogas o a la forma de enjuiciarlo y no debe ser considerado como un movimiento para legalizar, descriminalizar o promover el uso de drogas.

Reducción de riesgos. Describe políticas o programas que se centran en promover la disminución del riesgo de daño por consumo de alcohol o de otras drogas. Las estrategias de reducción de riesgos tienen algunas ventajas en el sentido de que las conductas de riesgo son normalmente más inmediatas y más fáciles de medir objetivamente que los daños, particularmente cuando éstos presentan baja prevalencia. Por ejemplo, podría ser más práctico medir la reducción de la conducta de compartir material para la inyección que un índice de daño como la incidencia del HIV.

Riesgo. Probabilidad de que ocurra un hecho, por ejemplo, desarrollar algún problema relacionado con el uso de drogas, dentro de un período de tiempo o edad determinados. Asimismo, término no técnico que comprende diversas medidas acerca de la probabilidad de un desenlace desfavorable. Contingencia a la que está expuesta una actividad de no alcanzar los resultados previstos a causa de la disponibilidad de una información incompleta.

Síndrome alcohólico fetal. Es el trastorno que resulta de exponer el feto al alcohol. La presencia de alcohol inhibe el crecimiento intrauterino y el desarrollo postnatal, siendo una importante causa de retraso mental. La microcefalia, las malformaciones craneofaciales y los defectos en las extremidades y el corazón, son afecciones frecuentes en estos niños. También se ha asociado este síndrome a una estatura menor en la edad adulta y el desarrollo de conductas desadaptativas.

El riesgo de que una mujer alcohólica tenga un hijo con este síndrome es superior al 35%. Aunque se desconoce cuál es el mecanismo preciso por el que el feto queda afectado, los daños parecen ser el resultado de la exposición uterina al etanol o a sus metabolitos. El alcohol también



puede producir desequilibrios hormonales e incrementar así el riesgo de anormalidades.

Síndrome de abstinencia. Grupo de síntomas con diferente agrupamiento y gravedad que aparecen cuando disminuye o cesa el uso de una sustancia psicoactiva que ha sido consumida de forma repetida y, generalmente, durante un período prolongado y en dosis elevadas. El síndrome puede estar acompañado de signos de trastornos fisiológicos.

El síndrome de abstinencia es uno de los indicadores del síndrome de dependencia. Es también la característica definitoria del más estricto significado farmacológico de dependencia.

Síndrome de dependencia. Conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollarían después del uso repetido de una sustancia. Normalmente estos fenómenos incluyen un fuerte deseo de tomar la sustancia, pérdida de control sobre su uso, consumo persistente a pesar de sus consecuencias perjudiciales, priorización del uso de drogas por encima de otras actividades y obligaciones, tolerancia incrementada y síndrome de abstinencia cuando el uso de la droga es interrumpido.

Solventes. Ver: Inhalables.

Sustancia psicoactiva. Droga o sustancia psicoactiva es una sustancia que, ingerida, afecta a los procesos mentales, por ejemplo, la cognición o los afectos. Este término es equivalente a droga psicotrópica y es el término más neutral y descriptivo para toda la clase de sustancias, tanto legales como ilegales, que son de interés para la política sobre drogas. «Psicoactiva» no implica necesariamente que produzca dependencia, y en el lenguaje común, se deja como tácito o no expresado, por ejemplo en expresiones como «uso de drogas» o «abuso de sustancias».

Terapia de familia. Enfoque terapéutico basado en proporcionar asesoramiento profesional a las familias con el fin

de reducir el comportamiento familiar desadaptativo y las conductas negativas, e incrementar las habilidades para una interacción familiar saludable.

Tolerancia. Necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis.

Se trata, por tanto, de una reducción de la respuesta a una dosis de droga como consecuencia del consumo continuado de la misma. Por ejemplo, son necesarias dosis cada vez mayores de alcohol u otras drogas para lograr los efectos originalmente producidos por dosis más bajas. Al desarrollo de la tolerancia pueden contribuir tanto factores fisiológicos como psicosociales, dando lugar a tolerancia física, conductual o psicológica. Con respecto a los factores fisiológicos, se puede desarrollar tanto tolerancia metabólica como funcional. Incrementando la tasa de metabolismo de una sustancia, el cuerpo puede ser capaz de eliminar la sustancia más fácilmente. La tolerancia funcional es definida como una reducción en la sensibilidad a la sustancia del sistema nervioso central. La tolerancia conductual es un cambio en el efecto de una droga como resultado del aprendizaje o la alteración de las influencias ambientales. La tolerancia aguda es una rápida acomodación temporal al efecto de una sustancia como consecuencia de una única dosis. La tolerancia inversa, también conocida como sensibilización, se refiere a la condición en la cual la respuesta a una sustancia se incrementa con el uso repetido. La tolerancia es uno de los criterios para determinar el síndrome de dependencia.

Toxicomanía. Término de origen francés para definir la adicción a las drogas.

Trastorno disocial (*Conduct disorder*). Trastorno del comportamiento en el que se aprecia un patrón repetitivo y persistente acciones que vulneran los derechos básicos de otras personas o de las principales reglas o normas socia-

les apropiadas para la edad del individuo. Este trastorno puede incluir agresiones a las personas o los animales, destrucción de propiedades, fraude o robo, y violaciones serias de las normas.

Unidad de Bebida Estándar (UBE). Para simplificar los procesos de conversión de las diferentes bebidas alcohólicas en la unidad de equivalencia elegida y con el objetivo de posibilitar las comparaciones entre diferentes poblaciones, organizaciones internacionales (OMS) y nacionales (Ministerio de Sanidad y Consumo) han propuesto medir el consumo de alcohol en unidades de bebida estándar (UBE). El cómputo del consumo de alcohol en UBE se realiza de una forma sencilla: una cerveza, vino o aperitivo equivale a 1 UBE, mientras que una consumición con bebidas destiladas equivale a 2 UBE. La conversión de UBE a ml/cc se realiza multiplicando por 12,5.

Uso de drogas. Término empleado en algunas ocasiones para referirse al consumo no perjudicial de determinadas

sustancias. Éste sería el caso del consumo de medicamentos bajo prescripción facultativa y en la forma establecida por el médico. También podría incluirse en esta acepción el consumo de alcohol en dosis muy bajas por parte de personas cuya edad y características no hagan previsible ningún efecto nocivo. En otros casos se emplea también como sinónimo de abuso de drogas.

Trastorno de personalidad. Un patrón permanente e inflexible de experiencia y comportamiento que se aparta de lo que se considera habitual en la cultura de la persona que lo padece y que se manifiesta en la forma de percibir el mundo que le rodea, la afectividad, las relaciones interpersonales y el control de los impulsos. Los síntomas principales de este trastorno son: una gran inestabilidad afectiva y conductual, que altera y perturba muchas áreas de la vida (formativa, laboral, afectiva y relacional) del paciente y de las personas con las que convive. Pueden producirse otras complicaciones asociadas que agravan el problema, como por ejemplo: trastornos del estado de ánimo, de la alimentación, consumo de drogas, etc.

El listado de términos presentado a continuación pretende facilitar la comprensión de algunos términos que pueden utilizar los pacientes a lo largo de una intervención relacionada con las drogas.

Aceite. Óleo extraído del opio o del hachís.	que se considera ilícita, como parte del mercado negro y, como tal, está penalizada.
Ácido. Una dosis o, en general, LSD.	Camisa. Dosis de heroína.
Anchoa. Dosis de cocaína.	Canela fina. droga de buena calidad.
After (o afterhours). Término inglés que se aplica a los locales que abren sus puertas en la madrugada cuando los otros cierran hasta el atardecer.	Canuto. Cigarrillo de hachís/cánnabis o marihuana. (canutero, encanutarse, encanutado).
Alfalfa. Marihuana de mala calidad.	Ciego. Embriaguez de alcohol o drogas. (ponerse/estar ciego).
Anfetetas. Anfetaminas.	Coger el puntillo. Es sinónimo de colocarse, de ponerse a tono, de beber alcohol hasta que el efecto crea un estado de ánimo alegre que permite más atrevimiento y propenso a la diversión.
Bacilón. Estado de embriaguez producido por la droga. Persona adicta.	Colgado. Embriagado o demente por causa de la droga (cuelgue, colgarse).
Bajar. Pasarse o disminuir los efectos de la droga (bajada, bajón).	Colocado. Bajo los efectos de la droga (colocón, coloqueta, colocar, colocarse).
Balearic beat. Nombre anglosajón utilizado para definir el estilo de «pinchar» música de los <i>disc jockeys</i> (DJ). Se puso de moda en las discotecas de Ibiza en los veranos de mitad de los 80 del siglo XX y se exportó a otros países.	Coma etílico. Pérdida de conciencia debida a una intoxicación de alcohol.
Barra. Trozo de hachís en forma alargada.	Costo. Hachís, cannabis.
Bazuco. Pasta base la coca.	Crack. Cocaína en forma de base.
Botellón. Concentración de jóvenes en zonas abiertas y públicas colindantes a la ciudad durante las noches de los fines de semana. Tienen algo que ver con los ambientes de las fiestas raves que se han dado en otros países europeos, pero no es lo mismo. Los jóvenes suelen ir en coches, llevan bebida comprada en supermercados o gasolineras, ponen música en sus coches o en aparatos que llevan consigo y organizan una especie de fiesta. Más tarde se van a otros locales, como discotecas. De esta forma alargan la noche y les sale más barata.	Crystal. Metanfetamina.
Buco. Pinchazo de heroína (bucarse).	Cuba-litro. Recipiente de plástico de un litro de capacidad que contiene coca-cola mezclada con ginebra o ron.
Caballo. Heroína.	Chalk. Metanfetamina.
Camello. La persona que vende drogas ilegales. Intermediaria entre vendedores al «por mayor» y consumidores. Realiza una actividad	Chino. Heroína.
	Chocolate (choco, tate). Hachís, cannabis.
	Chungo. De mala calidad o talante, falso.
	Churdero. Adicto.
	Darse el palo. Jerga madrileña para indicar el hecho de besarse.

Droga del amor. Éxtasis (MDMA).

Drogata (drogota, drogui). Consumidor habitual de droga.

Enganche (enganchado, engancharse, desengancharse). Estado de dependencia de drogas.

Especial K. Ketamina.

Esnifar (esnifada, hacer trabajar las napias). Inhalar cocaína o heroína.

Éxtasis. Una de las formas más conocidas de llamar un componente químico llamado MDMA. Existen muchas otras formas de llamarlo en argot.

Farlopa (farla, enfarlopado). Cocaína.

Flash. Alucinación producida por la droga (flasear).

Finde. Fin de semana. Salir de finde significa salir de fin de semana.

Fumata (fumarada, fumeta, marcarse una fumata/ fumarada). Sesión de fumar hachís o marihuana en gran cantidad.

Gasolinera. Abastecedor de droga.

Goma (goma de Oklahoma, engomado). Hachís de buena calidad.

Grifa (grifota, grifo). Hachís, cannabis o marihuana.

Hachís. Término popular dado al cannabis. Sustancia que se fuma. También se le denomina «chocolate», «grifa», «costo».

Hierba. Cannabis.

Jamila. Marihuana.

Kalimotxo. Mezcla de vino tinto con coca-cola. Le llaman también el cuba-libre obrero. Bebida muy popular en Euskadi, que se ha extendido a otros territorios.

Lacoste. M-CPP.

Lady pura. Cocaína de la mejor calidad.

Línea. Dosis de cocaína.

Litronas. Botellas de 3/4 de litro de cerveza que suelen comprarse en supermercados o comercios de alimentación, en principio para uso casero. En el espacio recreativo las litronas son típicas para

grupos que pasan el rato y se divierten en la calle. Son también un recurso para acceder al alcohol de forma más económica.

LSD (Lysergic acid diethylamide). También se le denomina «ácido» o «tripi».

Loncha. Dosis de cocaína.

Macubas. Cigarrillos de hachís o marihuana.

Mamuco. Cigarrillo de hachís.

María. Cannabis.

Matao. Con poco prestigio en el ambiente de la droga.

MDMA. Un derivado de la meta-anfetamina de anfetamina que se conoce popularmente como éxtasis.

Meth. Metanfetamina.

Mierda (mierdear, mierdoso). Toda clase de droga.

Mitsubishi. M-CPP.

Música chumba. Término que se utiliza en Bilbao para referirse a la música tecno y máquina.

Negra (dar la negra). Síndrome de abstinencia.

Nieve (nevadito, nevar, nevada). Cocaína.

Papelina (papela). Dosis de heroína o cocaína envuelta en papel.

Pastis. Pastillas de éxtasis.

Pastillas. Éxtasis.

Perico. Cocaína.

Petardo (peta, petarda, petardero). Cigarrillo de hachís, cannabis.

Pico (picarse, picotazo). Una dosis (inyección) de heroína.

Piedra. Porción de hachís.

Pilulas. Barbituricos.

Pirula. Pastilla de éxtasis.

Polvo de ángel. PCP / fenciclidina.

Poppers. Nitrito butílico.

Porreta. Consumidor habitual de porros.

Porro (porrero, porrete, emporrarse, emporrado). Cigarrillo que se prepara con cannabis, ya sea hachís o marihuana.

Poteo. Se trata de un término muy típico en Bilbao para definir el salir a tomar «potes», el típico vino o cañas de cerveza, que suele acompañarse del típico «pincho». El poteo es muy común al medio día y a la tarde.

Priva. Alcohol.

Rolls-royce. M-CPP.

Speed. Metanfetamina.

Tiburón. M-CPP.

Tripi. LSD.

Tripis. Procede la palabra inglesa *trip* (viaje) y se refiere a la experiencia y sensaciones que se obtiene tras haber ingerido drogas.

Trompeta. Cigarrillo de hachís con forma cónica.

Tutis. Barbitúricos.

Versace. M-CPP.

Bibliografía de referencia

CALAFAT, A.; JUAN, M.; BECOÑA, E. *et al.* (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2007). *Drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

