



Viernes 5 de febrero de 2010

Taller:

**“Intervención en el adolescente
consumidor de drogas”**

Moderadora:

Elia Acitores Suz

Pediatra, CS Villanueva de la Cañada. Área 6. Madrid.

Ponente/monitor:

- **Fernando Caudevilla Gáligo**
*Médico de Familia. Grupo de Intervención
en Drogas de la Sociedad Española
de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC).*

Textos disponibles en

www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Caudevilla Gáligo F. Intervención en el adolescente consumidor de drogas. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2010. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010. p.237-44.

Intervención en el adolescente consumidor de drogas

Fernando Caudevilla Gáligo

*Médico de Familia. Grupo de Intervención
en Drogas de la Sociedad Española
de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC).
caudevilla@gmail.com*

RESUMEN

Los patrones de consumo de drogas han experimentado importantes cambios en los últimos veinte años. Relativamente superada la crisis de la heroína, irrumpe con fuerza el uso recreativo de drogas como actividad ligada al tiempo de ocio por parte de jóvenes y adolescentes. Hasta ahora se ha prestado escasa atención a este fenómeno por parte de los profesionales de Atención Primaria (AP). Sin embargo, son varios los motivos por los que el pediatra de AP debe implicarse en el abordaje del consumo de drogas. En primer lugar, muchos adolescentes inician sus consumos (alcohol, tabaco y cannabis) en la edad de atención pediátrica. Por otra parte el consumo de drogas puede implicar riesgos importantes para la salud, sobre todo cuando coincide en una etapa de maduración física y psicológica. Finalmente el impacto social y mediático de las cuestiones relacionadas con las drogas es enorme, lo que genera una importante (y generalmente innecesaria) alarma social en los padres.

Mucho es lo que el pediatra de AP puede hacer en aspectos preventivos, diagnósticos y terapéuticos. Pero para ello es necesario un aprendizaje específico en una materia novedosa, cuya presencia en los programas de formación pregrado y postgrado es insuficiente en la actualidad.

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

NUEVAS PAUTAS DE CONSUMO

En el momento actual la problemática derivada del uso de heroína es aún prevalente en ciertas poblaciones marginales. Pero el fenómeno más llamativo es la aparición de nuevos patrones de consumo claramente diferenciados. El uso de otras drogas diferentes a la heroína ha experimentado un crecimiento exponencial durante las dos últimas décadas. Algunos ejemplos de este cambio pueden encontrarse en la expansión y normalización social del consumo de derivados del cannabis o la popularización de la 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA, éxtasis) asociada a la cultura de la música de baile. El redescubrimiento de sustancias utilizadas desde hace décadas como la metanfetamina (speed) o la dietilamida de ácido lisérgico (LSD) coexiste con nuevas sustancias sintéticas como ketamina, gamma-hidroxi-butilirato (GHB), 2C-B o alucinógenos de origen vegetal (*Psilocybes spp*, *Amanita muscaria*, *Salvia divinorum*, etc.). Una nota distintiva de estos nuevos patrones de consumo es su vinculación estrecha a espacios lúdicos. Frente a la heroína, alrededor de cuyo uso se estructura la vida del adicto, el uso recreativo de drogas se configura como un elemento más del tiempo de ocio. Si los opiáceos se asocian con exclusión social y enfermedad, la mayoría de los usuarios recreativos van a ser en principio personas sanas y con buena integración social. El consumo de estas sustancias va a ser característico, aunque no exclusivo, de los segmentos de población que hacen del tiempo de ocio una de sus señas de identidad: los jóvenes y adolescentes.

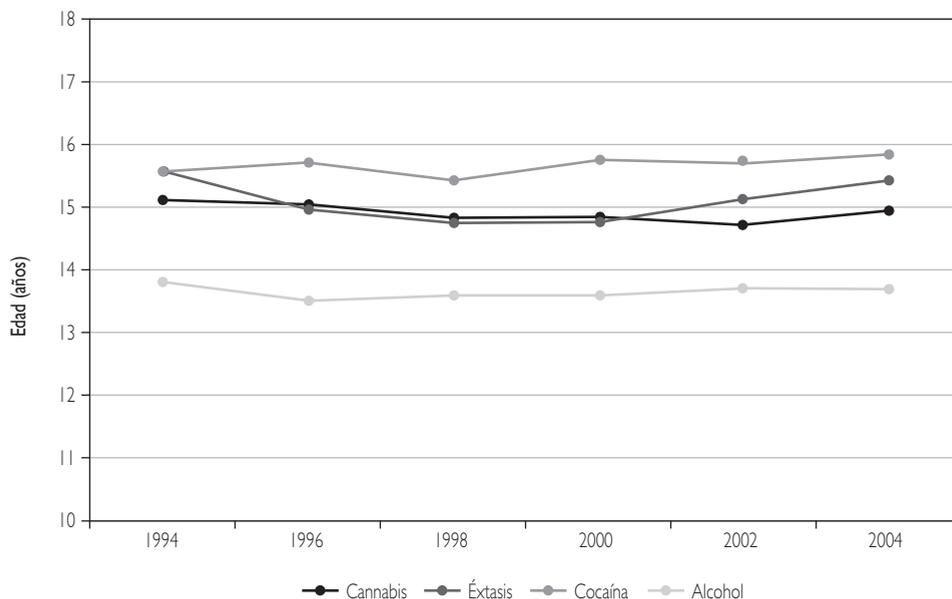
EPIDEMIOLOGÍA

Con excepción de la heroína, las prevalencias de consumo de todas las demás drogas ilegales han experimentado incrementos notables en el periodo 1998-2008 dentro del grupo de población escolar¹:

- El cannabis (hachís y marihuana) es la droga ilegal más consumida. En 2008 el 16,4% de los jóvenes de 14 años lo había probado alguna vez en su vida (5,9% en 1994) y uno de cada cuatro escolares entre 14 y 18 años han tomado estas sustancias durante el último mes.
- La cocaína muestra también una tendencia claramente creciente tanto en su uso ocasional (4,5% en 2008 frente a 2,4% en 1994) como en el último mes.
- La tendencia es similar en otras drogas estudiadas en la Encuesta Escolar (éxtasis, anfetaminas, alucinógenos y tranquilizantes sin prescripción médica), si bien el crecimiento es, en general, mucho más marcado en el uso ocasional que en el habitual.
- No existen datos epidemiológicos acerca del uso de "nuevas sustancias" como la ketamina, el GHB o los nuevos alucinógenos de síntesis. Sin embargo, los estudios de campo, informes de organismos oficiales, datos de incautaciones policiales y ONG que trabajan en espacios recreativos sugieren que, al menos en ciertos entornos, su uso también está creciendo.

Las encuestas a población escolar estiman que la edad media al inicio del consumo se sitúa entre los 15 y 16 años¹. Al valorar este dato hay que considerar que el rango de las edades de los participantes en la Encuesta Escolar se sitúa entre los 14 y los 18 años. Otros estudios epidemiológicos con rangos de edades más amplios^{2,3} muestran una edad de inicio más cerca de los 20 que de los 15 años.

Suele decirse que los jóvenes y adolescentes se inician en el consumo de drogas a edades cada vez más tempranas. Pero el análisis de los datos objetivos no apoya esta idea. Al analizar las edades medias de inicio al consumo en las encuestas editadas por el Plan Nacional sobre Drogas

Figura 1. Edades de inicio en el consumo de drogas en población escolar¹

entre 1994 y 2004 no se observa esta tendencia (figura 1). Este hecho es importante, ya que cuanto más precoz es el primer contacto con una droga, mayores son las probabilidades de que esa sustancia u otras causen problemas. Un descenso en la edad de inicio en el consumo podría tener repercusiones importantes aunque no hay datos objetivos que indiquen que esto sea así.

LAS SUSTANCIAS

Las tablas I y II resumen las principales características clínicas y farmacológicas de las drogas ilegales más utilizadas. Una clasificación de las drogas según sus efectos sobre el sistema nervioso central distingue entre drogas estimulantes (cafeína, cocaína, metanfetamina), depresoras (alcohol, benzodiazepinas) y alteradoras de la mente o psicodélicas (LSD, ketamina). Algunas sustancias pueden producir efectos mixtos: el éxtasis (3,4-metilendioxi-metanfetamina o MDMA) produce una estimulación suave con ligeros tintes psicodélicos.

Las drogas pueden presentarse de formas distintas. De la planta del cannabis suele extraerse la resina (hachís, "costo", "chocolate") o utilizar las unidades florales trituradas (marihuana, "maría"). Otras sustancias como la cocaína, la ketamina o la metanfetamina ("speed") suelen presentarse en forma de polvo para su administración intranasal. Aunque es creencia popular que las pastillas ("pastis", "pirujas", "tostis", "mimosines") pueden contener distintas drogas de síntesis, la realidad es que casi siempre el contenido es MDMA en distintas concentraciones⁴. Esta última sustancia se encuentra disponible, cada vez de forma más frecuente en forma de cristales ("cristal").

RIESGOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS

Los riesgos y problemas asociados al consumo de drogas son de muy diversa índole e importancia. Para valorarlos es siempre fundamental considerar tres factores: la sustancia o sustancias (farmacología, vía de administración, fre-

Tabla I. Características farmacológicas de las drogas ilegales más frecuentes

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

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

cuencia de consumo), el individuo que la consume (sexo, edad, patología orgánica o psiquiátrica previa) y el marco en el que se realiza el consumo. De forma general podemos distinguir entre:

- Efectos adversos: ciertas pautas de consumo de algunas sustancias (estimulantes, MDMA) conllevan la aparición de síntomas inespecíficos de tipo psicológico durante los días siguientes al consumo: cansancio, irritabilidad, anorexia, somnolencia, insomnio, distimia⁵. En el consumo ocasional suelen ser autolimitados y probablemente pasarán desapercibidos. Pero estas alteraciones pueden manifestarse significativamente en consumidores habituales (o susceptibles a este tipo de efectos) en forma de disminución del rendimiento escolar o alteraciones en la vida familiar.
- Intoxicación aguda: la farmacología de cada una de las sustancias define las características del cuadro de intoxicación aguda así como su gravedad. El manejo

del paciente intoxicado puede complicarse por el policonsumo de distintas sustancias en una misma ocasión y el desconocimiento sobre el contenido real de lo que se ha consumido. En algunos casos (cannabis, LSD) los síntomas de la intoxicación son de tipo psiquiátrico: ansiedad, angustia, despersonalización, desrealización, alucinaciones, con escaso o nulo riesgo orgánico. La intoxicación por estimulantes suele cursar con síntomas y signos de sobreestimulación como taquicardia, hipertensión o convulsiones. Los depresores como los opiáceos o el GHB producen una disminución del nivel de conciencia que puede llevar al coma y muerte por depresión respiratoria.

- Toxicidad orgánica: las drogas pueden producir efectos tóxicos sobre distintos órganos (hígado, riñón, sistema cardiovascular, cerebro) dependiendo de la dosis utilizada, frecuencia de uso, vía de administración, susceptibilidad individual y la propia toxicología

Tabla II. Características clínicas de las drogas ilegales más frecuentes

	Heroína	Cannabis	Cocaína	MDMA (éxtasis)
Efectos deseados	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sensación de tranquilidad. ■ Incremento de la energía vital. ■ Supresión del hambre y las preocupaciones. ■ Estado placentero cercano al sueño. ■ Analgesia. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Euforia, relajación. ■ Modificación de los patrones habituales de pensamiento. ■ Incremento en la percepción auditiva, visual y autopercepción. ■ Incremento del apetito. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Euforia. ■ Estimulación. ■ Disminución del cansancio y sueño. ■ Energía. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Empatía. ■ Incremento de la energía y sensualidad. ■ Bienestar. ■ Confianza y seguridad en uno mismo. ■ Incremento en la percepción de la música. ■ Hiperestesia táctil.
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Náuseas. ■ Vómitos. ■ Dificultad para la micción. ■ Miosis. ■ Estreñimiento. ■ Espasmos biliares. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Taquicardia. ■ Ansiedad. ■ Mareo. ■ Hipotensión ortostática. ■ Pensamientos obsesivos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ansiedad, agresividad. ■ Palpitaciones. ■ Taquicardia, hipertensión. ■ Convulsiones. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Náuseas. ■ Mareo. ■ Nistagmo. ■ Trismos, bruxismo. ■ Xerostomía. ■ Taquicardia, hipertensión. ■ Alteraciones inmunológicas. ■ Distimia.
Efectos tóxicos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Depresión respiratoria con apnea. ■ Reacción anafiláctica. ■ Intoxicación por adulteraciones. ■ Edema agudo de pulmón. ■ Rabdomiolisis. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Psicosis tóxica aguda autolimitada. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Psicosis paranoide. ■ Accidentes cardio y cerebrovasculares. ■ Arritmias. ■ Trastornos psiquiátricos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hipertermia. ■ Hepatotoxicidad. ■ Hiponatremia. ■ Accidentes cerebrovasculares.
Efectos a largo plazo	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fuerte asociación con infecciones: VIH, VHB, VHC, tuberculosis... (en relación con condiciones de administración, no con la propia sustancia). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Alteraciones en la memoria a corto plazo durante periodos de uso frecuente. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Psicosis paranoide. ■ Hepatotoxicidad. ■ Nefrotoxicidad. ■ Necrosis del tabique nasal. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Posible neurotoxicidad (alteraciones en memoria y estado de ánimo).
	Metanfetamina (speed)	Ketamina	GHB	LSD
Efectos deseados	<ul style="list-style-type: none"> ■ Euforia. ■ Estimulación. ■ Disminución del cansancio y sueño. ■ Energía. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sensación de ingravidez. ■ Distorsiones sensoriales leves. ■ Estado disociativo. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Desinhibición y euforia. ■ Incremento de la sensualidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ilusiones y alucinaciones. ■ Alteraciones en percepción de tiempo y espacio. ■ Alteración en conciencia y pensamiento.
Efectos adversos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Distonías mandibulares. Diarrea. ■ Anorexia. ■ Ansiedad. ■ Apatía, depresión. ■ Taquicardia, hipertensión. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Náuseas y vómitos. ■ Cefalea. ■ Amnesia parcial. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cefalea. ■ Somnolencia. ■ Hipotonía. ■ muscular. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ "Mal viaje": cuadro de alucinaciones intensas y terroríficas.
Efectos tóxicos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Psicosis paranoide. ■ Accidentes cardio y cerebrovasculares. ■ Trastornos psiquiátricos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Coma acompañado de estado disociativo profundo. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Coma, en ocasiones con depresión respiratoria. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Psicosis aguda.
Efectos a largo plazo	<ul style="list-style-type: none"> ■ Psicosis paranoide. ■ Hepatotoxicidad. ■ Nefrotoxicidad. ■ Posible neurotoxicidad (alteraciones motoras). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Problemas de memoria y concentración. ■ Deterioro de habilidades lingüísticas. ■ Trastorno persistente de la percepción por alucinógenos (flashbacks o reviviscencias). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ No descritos. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Trastorno persistente de la percepción por alucinógenos (flashbacks o reviviscencias).

de la sustancia. Aunque los casos de toxicidad grave son poco frecuentes pueden revestir mayor importancia en el adolescente, cuyo organismo no se ha terminado de desarrollar por completo.

- Problemas psiquiátricos: se ha comunicado una mayor incidencia de trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y psicosis en usuarios de drogas como el cannabis, éxtasis y alucinógenos^{6,8}. Pero el origen de las enfermedades psiquiátricas es casi siempre multifactorial, por lo que en la mayoría de los casos el consumo de drogas no puede considerarse como el único factor etiológico. Pese al aumento exponencial del uso de sustancias en las últimas décadas no se han comunicado incrementos en la incidencia o prevalencia de ninguna enfermedad mental. La edad en la que se manifiestan la mayoría de los trastornos psiquiátricos coincide con la de comienzo de los primeros consumos, por lo que establecer una relación causal resulta complicado. En algunos casos el consumo de drogas puede traducir un intento de automedicación. Los estudios longitudinales sugieren que, en la mayoría de los adolescentes consumidores de drogas con diagnósticos psiquiátricos, los síntomas de patología mental preceden en el tiempo al consumo de sustancias. Así, aunque algunas drogas (estimulantes, MDMA, cannabis, alucinógenos) pueden desencadenar un trastorno latente en personas predispuestas, este riesgo no parece extrapolable a la población general.

- Trastornos de memoria: entre las distintas alteraciones neuropsicológicas asociadas al consumo de drogas los trastornos en la memoria son los más frecuentemente mencionados. Este riesgo debe ser valorado con especial interés ya que la adolescencia y juventud son etapas de formación académica que, en algunos casos puede verse afectada por el uso de sustancias. Existe cierta evidencia de que el uso crónico de cannabis puede repercutir sobre la capacidad de aprendizaje y memoria a corto plazo⁹. Estas alteraciones no parecen indicar un efecto neurotóxico crónico sino que se relacionan con la exposición aguda y son reversibles con la abstinencia¹⁰. La

MDMA es otra sustancia que se ha asociado a trastornos de memoria. Aunque no existe evidencia de efectos neurotóxicos permanentes con el uso ocasional de dosis habituales, es probable que los consumidores crónicos de grandes dosis puedan estar expuestos a este riesgo⁵.

- Dependencia: los cambios neuroadaptativos que produce el consumo crónico de algunas drogas como el alcohol, benzodiacepinas u opiáceos, facilitan la aparición de dependencia física ante consumos continuados durante largo tiempo. Muchas de las sustancias como cannabis, alucinógenos, no producen un síndrome de abstinencia o producen tolerancia de una forma tan rápida que hacen casi imposible su administración cotidiana (MDMA, alucinógenos). Los consumos episódicos, experimentales u ocasionales, son mucho más frecuentes que los sistemáticos, habituales o compulsivos. Así, considerando las drogas y los patrones de consumo habituales entre los adolescentes y jóvenes, el diagnóstico de drogodependencia atendiendo a criterios DSM-IV es infrecuente. En su lugar, el "abuso de sustancias" puede ser mucho más sencillo de detectar y prevalente en el paciente adolescente. El diagnóstico de abuso se establece en base a las consecuencias negativas del consumo, independientemente de la existencia de tolerancia, abstinencia o del patrón de consumo.

ALCOHOL Y TABACO

El enorme impacto social y mediático que rodea a las drogas ilegales nos hace olvidar que las drogas normalizadas son las que producen mayor número de problemas en nuestra sociedad desde un punto de vista sanitario. El alcohol y el tabaco son sustancias con un alto potencial de adicción, que se asocian a patología grave, crónica e invalidante. El abuso de alcohol y tabaco genera enormes costes sanitarios directos e indirectos, mayores al del resto de las drogas ilegales juntas. En España, la mortalidad atribuida directamente al tabaco y al alcohol es de 55.000 y 12.000 personas al año. La edad de inicio para el consumo de estas drogas es la más baja de todas: 13,2 años para el tabaco y 13,7 años en el caso del alcohol.

hol', en relación con una elevada tolerancia social. Aunque popularmente suele considerarse al cannabis como la "puerta de entrada" al uso de otras drogas lo cierto es que son el alcohol y el tabaco las primeras sustancias psicoactivas en ser utilizadas, en ocasiones a edades muy precoces. Retrasar la edad de inicio del consumo al alcohol y tabaco parece un objetivo preventivo de primera magnitud.

EL PAPEL DEL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Por motivos más políticos que sanitarios, el tratamiento de la patología derivada de la adicción a la heroína se derivó a dispositivos específicos fuera de la Red de AP. Así, la mayoría de los profesionales de AP han permanecido al margen del diagnóstico, tratamiento, prevención y seguimiento de los problemas derivados del consumo de cualquier droga. En algunos casos por prejuicio y en otros por falta de formación el "drogadicto" ha sido considerado como un paciente incómodo y de difícil abordaje.

Pero, como ya se ha señalado, la emergencia de nuevos patrones de consumo constituye un fenómeno diferenciado. Aunque muchos van a comenzar superada la edad de atención pediátrica, las prevalencias de consumo ocasional de tabaco, alcohol y cannabis en jóvenes de 14 años (tabla III) son llamativas y deben hacer reflexionar sobre el importante papel que el pediatra de AP puede desempeñar. Los profesionales de AP se encuentran en una situación óptima desde la cual afrontar este fenómeno: el abordaje integral basado en una visión biopsicosocial, la accesibilidad del sistema, el contacto con la unidad familiar, la posibilidad de trabajo interdisciplinar y de una atención continuada son características del sistema que facilitan su eficiencia en este sentido.

Tabla III. Prevalencia de consumo ocasional de alcohol, cannabis y tabaco en población de 14 años¹

■ Alcohol	59,2%
■ Tabaco	42,1%
■ Cannabis	20,3%

Es evidente que el abuso de cualquier droga puede tener consecuencias negativas sobre el desarrollo y la salud de los adolescentes. Pero también es cierto que los medios de comunicación ofrecen en demasiadas ocasiones una imagen deformada del fenómeno, presentando como habituales y cotidianos los casos más extremos. Así, las cuestiones relacionadas con las drogas van a ser causa de profunda preocupación para muchos padres. Por todos estos motivos es imprescindible que el pediatra de AP disponga de conocimientos, herramientas y habilidades suficientes para abordar multitud de situaciones que pueden presentarse en la consulta: patología derivada del consumo de drogas en jóvenes y adolescentes, dudas y cuestiones planteadas tanto por los jóvenes como por sus padres, demanda de analíticas por parte de éstos para saber si sus hijos "se drogan", aspectos preventivos, etc.

PREVENCIÓN

De acuerdo al modelo clásico tomado de las enfermedades infecciosas, se considera "prevención primaria" el conjunto de medidas destinadas a evitar el que las personas entren en contacto con las drogas. Si tomamos como indicador la prevalencia de consumo de drogas, tanto en población escolar como en población general, la eficacia y eficiencia de las estrategias de prevención primaria utilizadas hasta el momento a nivel de grandes poblaciones parece escasa. Sería deseable una reflexión en profundidad sobre los objetivos y estrategias de prevención, y un enfoque más centrado en criterios de tipo sanitario y no de índole moral. Los ámbitos más idóneos para las intervenciones de prevención primaria son la familia y la escuela, aunque el pediatra de AP puede realizar una labor importante de apoyo. Los programas de prevención sobre drogas deben ser realistas, objetivos y ajustados a la evidencia científica disponible, huyendo siempre de enfoques alarmistas y exagerados. Tan contraproducente puede resultar la banalización del consumo de drogas como los enfoques tremendistas, lo que lleva al desprestigio del emisor de los mensajes en beneficio de otros canales alternativos y no controlados.

Pero además de los mensajes destinados a evitar el consumo es necesario que aquellas personas en mayor ries-

go, como los propios consumidores, conozcan estrategias encaminadas a minimizar las consecuencias negativas para la salud. La reducción de riesgos y daños debe entenderse como una prevención específica sobre colectivos concretos complementaria a la prevención primaria, no como opuesta a ella.

Tanto la prevención como el tratamiento de muchos de los problemas derivados del consumo de este tipo de sustancias pueden ser abordados desde AP de una forma eficaz. No se trata de sustituir el papel de dispositivos como los Centros de Atención a Drogodependientes o Salud Mental, sino de complementarlo a través del enfoque de AP. Pero para ello es necesario una mayor formación e implicación tanto del pediatra como del médico de familia y enfermera en este interesante campo de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Informe de la Encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2008. [Fecha de acceso 20 dic 2009]. Disponible en www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008_Web.pdf
2. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Informe de la Encuesta domiciliaria sobre abuso de drogas en España 2007. [Fecha de acceso 20 dic 2009]. Disponible en www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/InformeEdades2007-2008.pdf
3. Calafat A, Juan M, Becoña E, Fernández C, Gil E, Palmer A, y cols. Salir de marcha y consumo de drogas. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2000.
4. Sección de Drogas de Madrid. Memoria 2005. Madrid: Instituto Nacional de Toxicología; 2005.
5. Caudevilla Galligo F, Ortells i Ros E. Nuevas drogas. FMC. 2004; 11 Supl 3: S22-27.
6. Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt TE. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ*. 2002;325:1212-3.
7. Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ*. 2002;325:1195-8.
8. Lieb R, Schuetz CG, Pfister H, von Sydow K, Wittchen H. Mental disorders in ecstasy users: a prospective-longitudinal investigation. *Drug Alcohol Depend*. 2002; 68:195-207.
9. Grant I, González R, Carey CL, Natarajan L, Wolfson T. Non-acute (residual) neurocognitive effects of cannabis use: a meta-analytic study. *J Int Neuropsychol Soc*. 2003;9:679-89.
10. Pope HG Jr, Gruber AJ, Hudson JI, Huestis MA, Yurgelun-Todd D. Neuropsychological performance in long-term cannabis users. *Arch Gen Psychiatry*. 2001; 58:909-15.