



Madrid
7 al 9 de febrero de 2008

5º curso actualización
en
Pediatría
www.aepap.org

Jueves 7 de febrero de 2008
Mesa redonda:
"Pediatría y realidad social"

Moderadora:

Concha Bonet de Luna
CS Segre. (Área 2 Madrid).

■ **Violencia familiar.**

También un problema pediátrico

Raquel Millán Susinos

Trabajadora Social, CS El Greco y Juan de la
Cierva. Área 10. Getafe, Madrid.

■ **¿Qué debe saber el pediatra sobre
el consumo de drogas?**

Fernando Caudevilla Galligo

Médico de Familia, Grupo de Intervención en
Drogas de la Sociedad Española de Medicina
Familiar y Comunitaria (SEMFYC). Centro
"Renasco". Comunidad de Madrid.

Textos disponibles en

www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

XXXX



Comisión de Formación Continuada
de las Profesiones Sanitarias de
la Comunidad de Madrid

¿Qué debe saber el pediatra sobre el consumo de drogas?

Fernando Caudevilla Galligo

Médico de Familia, Grupo de Intervención en Drogas de la Sociedad
Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC).
Centro "Renasco". Comunidad de Madrid.
caudevilla@gmail.com

RESUMEN

El abordaje del consumo de drogas durante la edad pediátrica es un tema en el que el Pediatra de Atención Primaria (PAP) ha recibido escasa formación hasta el momento. Sin embargo, existe una gran preocupación social respecto al uso de sustancias en adolescentes y es importante que el PAP cuente con conocimientos y herramientas al respecto. Las drogas legales (alcohol y tabaco) y los fármacos de prescripción sin receta médica (fundamentalmente benzodiacepinas) son las sustancias más consumidas en el rango de edad de población que atiende el PAP. Con respecto a las drogas ilegales, el cannabis es la única sustancia con prevalencias de consumo significativas.

Es importante que el PAP aprenda cómo abordar las situaciones más frecuentes que pueden producirse en relación con estas sustancias. Constatado el fracaso de los métodos basados en el miedo y la coacción, herramientas como la entrevista motivacional o las estrategias basadas en reducción de riesgos suponen alternativas interesantes que el PAP debe conocer y aplicar de forma adaptada a la población que atiende.

El uso de drogas y los problemas derivados de su consumo son situaciones que el PAP está poco habituado a abordar. Pero el uso de sustancias entre los adolescentes es un motivo de preocupación importante para los padres, y las prevalencias de consumo de algunas drogas son muy elevadas. Los adultos tendemos a identificar "las drogas" con "la heroína" (asociándola de forma directa con imágenes de degradación, enfermedad, miseria, delincuencia...). Frente a esta imagen, durante los últimos quince años surgen nuevos patrones de consu-

mo (como el uso de drogas con fines recreativos), nuevas sustancias (éxtasis, GHB, ketamina...) y nuevas representaciones sociales de las drogas. Es importante que el PAP sepa detectar y abordar correctamente las situaciones más frecuentes en relación con el uso problemático de sustancias.

1. ¿CUÁLES SON LAS DROGAS MÁS UTILIZADAS ENTRE LOS ADOLESCENTES EN EDAD PEDIÁTRICA?

Antes de plantearnos cómo debe abordar el PAP el consumo de drogas, es imprescindible conocer cuáles son las características epidemiológicas y sociológicas más destacables acerca del uso de drogas entre la población que atiende. Los medios de comunicación de masas transmiten, por lo general, una imagen sobre las drogas centrada en los aspectos alarmistas o anecdóticos (narcotráfico en las escuelas, discotecas light en las que se consumen drogas ilegales, intoxicaciones y problemas asociados al consumo de drogas en edades muy tempranas...). En su lugar, el PAP debe utilizar la evidencia científica disponible como herramienta.

Las encuestas a población escolar entre 14 y 18 años, elaboradas por el Plan Nacional sobre Drogas con periodicidad bianual¹, pueden aportarnos una buena perspectiva para conocer cuáles son las drogas más consumidas en aquella población atendida por el PAP. En el año 2004, y centrándonos en el rango de edad de los 14 años, los datos más destacables son los siguientes:

- El alcohol es la droga de abuso más prevalente. El 59,6% de los estudiantes de 14 años han probado el alcohol y el 38,8% lo ha tomado alguna vez durante el último mes. En ese rango de edad, la edad media de inicio al consumo por primera vez es de 12,7 años y la edad media de inicio al consumo semanal es de 13,5 años.
- El tabaco es la droga con una edad media al inicio más baja, en torno a los 13,1 años. A los 14 años, el 42,1% ha probado el tabaco y un 15,1%

había fumado tabaco a lo largo del último mes. Otro dato epidemiológico destacable con respecto al tabaco lo constituye el hecho de que su consumo habitual es más frecuente entre las chicas (32,4%) que entre los chicos (25,1%), al contrario de lo que sucede en la edad adulta. Esta proporción se mantiene estable en el periodo 1994-2004² e indica un cambio epidemiológico que puede tener consecuencias importantes en el futuro.

- El 20,3% de los adolescentes de 14 años ha fumado cannabis alguna vez en su vida. El 18% lo ha utilizado en el último año y el 10,3% ha fumado esta sustancia a lo largo del último mes. Este último indicador se correlaciona con el uso habitual. A los 18 años, las cifras de consumo "alguna vez en la vida", "alguna vez en los últimos 12 meses" y "alguna vez durante el último mes" son del 63,1%, 53,2% y 36,3 % respectivamente. Todos los indicadores sobre el consumo de cannabis en población escolar muestran una tendencia creciente en las prevalencias de consumo desde 1994².
- El consumo de fármacos tranquilizantes sin prescripción médica es otro hecho relativamente frecuente en el rango superior de la edad pediátrica: el 4% de los estudiantes de 14 años los han utilizado en alguna ocasión y un 1,6% refieren utilizarlos de forma habitual.
- Con respecto al resto de las drogas ilegales, las prevalencias de consumo ocasional y habitual a los 14 años son muy poco importantes a nivel epidemiológico (tabla I), con prevalencias que rara vez superan el 0,5-1%.

En resumen, pese a la preocupación en los adultos acerca del consumo de drogas ilegales, éste es residual en población pediátrica con la notable excepción del uso de derivados del cannabis. Por el contrario, el uso y abuso de drogas legales constituye un fenómeno con prevalencia muy elevada.

2. REPERCUSIONES SANITARIAS DEL USO DE DROGAS LEGALES

El tabaco y el alcohol son dos drogas con un elevado potencial de dependencia, que provocan la muerte de forma directa a 55.000 y 12.000 personas al año respectivamente en nuestro país³. El tabaco produce en España el 4,5% de los ingresos hospitalarios, el 6,3% de las consultas extrahospitalarias, el 16% de la mortalidad y el 12% de los años potenciales de vida perdidos. Se estima que el 30% de los diagnósticos de cirrosis hepática, cáncer de esófago y el 20% de los accidentes de tráfico y homicidios están directamente relacionados con el consumo de alcohol⁴.

Otro dato interesante para la reflexión se encuentra en el uso de psicofármacos sin prescripción médica. Las benzodiacepinas constituyen el tercer grupo farmacológico en número de envases recetados cada año en España⁵. La preocupación acerca del consumo de drogas ilegales (cocaína, éxtasis, anfetaminas, heroína...) entre adolescentes contrasta con el hecho de que, a los 14 años, las prevalencias de uso de tranquilizantes sin prescripción médica es considerablemente más elevada. Para utilizar estas sustancias ni siquiera es necesario que los adolescentes acudan al mercado negro, ya que en pueden encontrarse con facilidad en el botiquín familiar:

El contacto muy precoz con drogas legales se asocia con una mayor probabilidad de desarrollar problemas en la edad adulta con sustancias legales o ilegales. El inicio precoz en el consumo del tabaco se correlaciona con una mayor dificultad para abandonar el hábito una vez llegado a la edad adulta. Y el uso de tabaco es una *puerta de entrada* al consumo de cannabis, en el sentido

de que para poder fumar hachís o marihuana, es necesario *saber fumar*. Así, el PAP debe disponer de conocimientos acerca de la cocaína o las drogas de síntesis. Pero es mucho más importante que sea capaz de detectar, valorar y aconsejar, tanto al adolescente como a sus padres, acerca del consumo de drogas legales y tranquilizantes de prescripción.

3. ¿MI HIJO SE DROGA?

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

La sospecha de consumo suele *pillar por sorpresa* a los padres, quienes sufren ansiedad intensa al encontrarse ante una situación que no saben cómo manejar. En muchas ocasiones la demanda directa es la solicitud de pruebas de tóxicos en orina para conocer si su hijo se *droga*. Este tipo de tests (y otros más sofisticados como parches que detectan drogas en sudor) pueden obtenerse a través de Internet o en farmacias, sin prescripción facultativa. Desde una perspectiva médica, es importante señalar que este tipo de intervenciones no está justificado en casi ninguna ocasión. El uso de una

Tabla I. Prevalencias de consumo de drogas ilegales en población escolar (14 años)

Sustancia	Indicador "alguna vez en la vida"	Indicador "alguna vez en el último año"
Cannabis	20,3%	10,3%
Cocaína	1,3%	0,5%
Éxtasis	0,5%	0,2%
Speed / anfetaminas	0,6%	0,2%
Alucinógenos	0,9%	0,4%

prueba analítica para desenmascarar el consumo de un paciente es inaceptable a nivel ético, ya que vulnera los principios bioéticos de autonomía y confidencialidad, además de quebrar la relación médico-paciente (o padre-hijo si la prueba no ha sido solicitada por nosotros) y dificulta de forma muy grave cualquier tipo de intervención o abordaje posterior. Además, un resultado cualitativo (positivo o negativo) no nos aporta ninguna información sobre la frecuencia, intensidad, circunstancias y consecuencias del consumo.

4. LA ENTREVISTA CLÍNICA

La entrevista clínica es el instrumento más importante que el PAP tiene a su alcance, para valorar el consumo de drogas de un adolescente. Una anamnesis correcta es la herramienta de trabajo más eficiente, ya que tiene un bajo coste y se encuentra además al alcance de todos los profesionales. En muchas ocasiones, se señala que este tipo de trabajo es muy difícil de abordar con el adolescente, que suele cerrarse y negarse a cualquier tipo de intervención, pero se trata más de un problema de falta de costumbre y habilidades por parte del profesional. Antes de lanzarse a interrogar al paciente es importante reflexionar sobre los objetivos de la intervención: ¿qué vamos a explorar?, ¿cómo vamos a hacerlo? y, sobre todo ¿para qué? (cuáles son los objetivos y qué plan de intervención posterior vamos a desarrollar).

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

- La confidencialidad es un elemento clave en la relación médico-paciente. En el entorno de PAP, lo habitual es que el menor acuda acompañado de alguno de sus progenitores, en general por su madre. Pero la entrevista sobre drogas (y en general cualquier entrevista con un adolescente) debe llevarse a cabo sin la presencia de otras personas. Es conveniente pactar esto previamente con los padres y explicitar al paciente que la confidencialidad es un derecho suyo y

una obligación nuestra. De forma general, sería conveniente que en la revisión de los 14 años existiera un espacio donde el PAP pueda entrevistarse con el paciente de forma privada, sin la presencia de otros adultos. Así, puede facilitarse tanto el abordaje del consumo de drogas como el de otros temas, como la sexualidad.

- Para cualquier persona, y mucho más para el adolescente, el hecho de hablar sobre ciertos aspectos de su vida privada relativos a conductas íntimas puede resultar incómodo. Es importante cuidar aspectos formales de la entrevista clínica (espacio físico adecuado y sin interrupciones, empatía, escucha activa, lenguaje no verbal...) que faciliten el proceso de la comunicación.
- El PAP debe abordar el consumo de drogas desde una perspectiva estrictamente sanitaria y no moral. Es fundamental evitar los juicios de valor y los estereotipos (*todos los consumidores de drogas son unos drogadictos, las personas que usan drogas tienen un problema de valores ...*).
- Muchos PAP son además padres de familia de hijos preadolescentes o adolescentes. Conviene tener clara la separación de ambos papeles (el profesional y personal) y, en el ámbito de la consulta, no actuar nunca como padres, sino como médicos.
- Las preguntas deben ser abiertas y exploratorias, dando la oportunidad al paciente para explicarse de forma amplia (*¿qué haces cuando sales de marcha?, te recoges pronto o eres de los que aguanta mucho?*). Es importante explorar los conocimientos, creencias y actitudes en torno a las drogas (*¿qué sabes del cannabis?*).
- Por el contrario, las preguntas cerradas (aquellas que pueden responderse con un "sí" o un "no") son percibidas como un interrogatorio y dificultan obtener información.

- El modelo de Atención Primaria permite un abordaje continuado en el tiempo. Conviene no obcecarse en obtener toda la información en una primera entrevista, ya que será posible reinterrogar y reexplorar en sucesivas ocasiones.

5. ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE EL CANNABIS

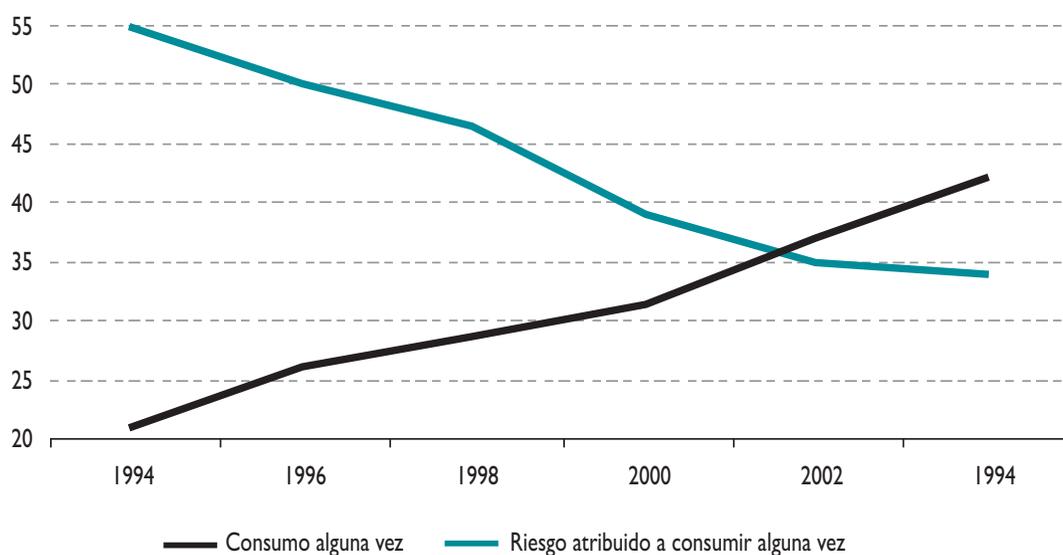
El abordaje del consumo de cannabis en la población pediátrica merece una atención detallada. Se trata de la única droga ilegal cuyas prevalencias de consumo en adolescentes en edad pediátrica es muy elevada. Las causas de este fenómeno son complejas e incluyen factores de tipo económico, demográfico, social y político. No es este el espacio adecuado donde analizarlas, pero sí conviene centrar la atención en algunos aspectos importantes a la forma de abordar el fenómeno.

A lo largo de la última década se ha observado una disminución progresiva de la "percepción del riesgo asociada al cannabis" (proporción de personas que creen que su uso puede tener bastantes o muchas consecuencias negativas). De forma simultánea, las prevalen-

cias de consumo de cannabis se han ido incrementando en población escolar durante el periodo 1994-2004 de forma progresiva (figura 1). La disminución en la percepción del riesgo se ha interpretado como una de las causas principales del incremento de las prevalencias de consumo. Como consecuencia de este hecho, se impone el objetivo de *eleva*r la percepción del riesgo como una de las líneas prioritarias a la hora de disminuir el consumo².

Esta idea constituye uno de los dogmas de la lucha antidroga en la actualidad. Sin embargo, deben hacerse algunas aclaraciones. En primer lugar, conviene clarificar que la expresión *eleva*r la percepción del riesgo es un eufemismo para referirnos a la estrategia del miedo. Y el miedo es una herramienta preventiva poco adecuada e insuficiente, sobre todo cuando nos dirigimos a los más jóvenes, entre cuyas características grupales destaca la búsqueda de sensaciones nuevas, percepción de invulnerabilidad y atracción por el riesgo y lo prohibido. Así, a la hora de abordar los riesgos del cannabis conviene *ajustar la percepción del riesgo a la realidad*, considerando aquellas actitudes y riesgos muy elevados como tales, y diferenciándolas de otras menos peligrosas. Por

Figura 1. Evolución de la percepción del riesgo y consumo de cannabis en población escolar.



ejemplo, los efectos del cannabis sobre la memoria en función del patrón de consumo, están suficientemente demostrados desde un punto de vista científico⁶ y son un mensaje importante para los adolescentes que se encuentran en un periodo formativo y de alto rendimiento intelectual. Por el contrario, mensajes como que el uso de cannabis “sexuplica la incidencia de esquizofrenia”, “produce cáncer infantil”, “incrementa la susceptibilidad a padecer SIDA”⁷ o “se asocia a una conducta menos religiosa y más tolerante hacia las conductas desviadas”⁸ carecen de respaldo científico, no son congruentes con la experiencia de los consumidores e incluyen mensajes de tipo moral cuando menos perturbadores.

Otros factores a tener en cuenta son la progresiva normalización social del cannabis (basta pensar en su presencia en películas, canciones de música *rock* o *pop* y otros elementos de las culturas juveniles), su imagen social asociada a la rebeldía y el debate acerca de sus usos terapéuticos. Con respecto a este último punto, señalar que este debate debe pertenecer al ámbito estrictamente científico y no ser mezclado con los usos de esta sustancia con fines lúdicos.

Todos estos elementos deben de ser valorados a la hora de una intervención en Atención Primaria, basada en un modelo transversal, integral y biopsicosocial. La intervención sobre el adolescente consumidor de cannabis debe ser siempre personalizada. A la hora de valorar la necesidad y el tipo de intervención, es importante considerar factores relacionados con la sustancia (uso de hachís o marihuana, vía y frecuencia de administración, uso simultáneo de otras sustancias...), el individuo (edad, madurez intelectual del menor; consecuencias sobre los ámbitos personal, familiar y escolar; coexistencia de patología orgánica o psiquiátrica...) y el contexto (relaciones familiares, grupo de iguales...). Es importante diferenciar los consumos esporádicos, experimentales u ocasionales de aquellos patrones de consumo desadaptativos con consecuencias objetivables. También conviene detectar y abordar aquellas situaciones en las que, detrás del consumo de drogas del menor, aparecen problemas de tipo familiar o social de importancia y en

las que el uso de drogas puede ser un síntoma o un *chivo expiatorio* de otro tipo de situaciones.

6. LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

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

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

La entrevista motivacional tiene su aplicación fundamental dentro del tratamiento integral de la patología adictiva, y su eficacia, eficiencia y efectividad se han comprobado en relación con el tabaco y el alcohol en población adulta. Muchos de sus elementos pueden ser adaptados y empleados en relación con el consumo de otras drogas en población adolescente sin necesidad de

que exista una patología adictiva establecida como tal, y ya existen experiencias positivas al respecto^{9,10}. El PAP tiene mucho que hacer en relación con el abordaje del

consumo de drogas, pero antes de llevar a cabo cualquier intervención en drogas es imprescindible contar con una formación específica al respecto.

Bibliografía

1. Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias 2004. Madrid: Dirección General del Plan Nacional Sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas; 2004. [Consultado el 20/10/07]. Disponible en: <http://www.msc.es/pnd/observa/pdf/escolar2004.pdf>
2. Informe 2004. Madrid: Dirección General del Plan Nacional Sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas; 2005. [Consultado el 20/10/07]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2004.pdf>
3. Banegas Banegas JR, Díez Gañan L, Rodríguez-Artalejo F, González, Enríquez J, Graciani A, et al. Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:692-4.
4. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet*. 2005;365:519-30.
5. Indicadores de la prestación farmacéutica en el Instituto Nacional de la Salud. Volumen III n.º 1 y 2. Anual 2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002. [Consultado el 20/10/07]. Disponible en: <http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/indiFarma.pdf>
6. Grant I, González R, Carey CL. Non-acute (residual) neurocognitive effects of cannabis use: a meta-analytic study. *J Int Neuropsychol Soc*. 2003;5:679-89.
7. Quiroga M. Cannabis: efectos nocivos sobre la salud física. En: Bobes García J, Calafat Far A (Eds). *Monografía Cannabis. Adicciones 2000; Supl 2*. p.118.
8. Del Río Muñoz P, Cabrera Bonet R, Torrecilla Jiménez JM. Cannabinoles. En: Cabrera Bonet R, Torrecilla Jiménez JM (Eds). *Manual de Drogodependencias*. Madrid: Agencia Antidroga, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; 2002. p.97.
9. Stern SA, Meredith LS, Gholson J, Gore P, D'Amico EJ. Project CHAT: a brief motivational substance abuse intervention for teens in primary care. *J Subst Abuse Treat*. 2007;32(2):153-65.
10. Grenard JL, Ames SL, Pentz MA, et al. Motivational interviewing with adolescents and young adults for drug-related problems. *Int J Adolesc Med Health*. 2006;18:53-67.