

CONSUMO DE DROGAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

PAKO DIAZ

CAP Larrard

Grupo alcohol y drogas CAMFiC

Grupo tóxicos de la sociedad Catalana de urgencias

Grupo de trabajo ASSIST

fdiaz@caplarrard.net

CENTRE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA



- ¿Registramos el consumo de drogas diferentes de alcohol y tabaco en la consulta?;
- ¿El consumo de drogas es muy prevalente entre la población?
- ¿Sabemos lo que son las drogas emergentes y el nombre de alguna de ellas?;
- ¿ Tenemos la suficiente formación en drogas?;
- ¿Sabríamos definir el riesgo del consumo de una sustancia?
- ¿Sabemos lo que es la gestión del riesgo de consumo?;
- ¿Estamos capacitados para tratar problemas de drogas en la consulta?;
- ¿Desde la atención primaria podemos hacer algo respecto al consumo de drogas?









- Programas libres de drogas: Abstinencia
- Programas de reducción de daños:
- 1. **PMM**
- 2. PIX
- 3. Disminución del consumo
- 4. Gestion del riesgo consumos fin de semana: Consumo responsable.
- 5.

OBJETIVOS

- Plantear dudas
- Crear curiosidad
- Preguntar sobre consumo de drogas en la consulta
- Plantearse el riesgo del consumo

Índice

- ▶ 1-.ldeas
- 2-.Drogas y Atención Primaria
- 3-.Estadísticas
- 4-.Drogas clásicas: heroína, cocaina, hachis, drogas de diseño, PCP, LSD, Ketamina, extasis líquido (GHB), Poppers, Inhalantes.
- 5-.Drogas emergentes: Setas mágicas, Salvia, Spice, Metanfetamina, Nexus, Mefedrona, Research chemicals, Piperacinas: M-cpp, Smart Drugs
- 6-.Reducción de daños y gestión de riesgos: objetivos intermedios
- 7-.Propuesta de actuación en drogodependencias desde la consulta de AP.
- 8-. Ideas comunicación pacientes agresivos
- 9-.Bibliografia



Últimos 12 meses



- www.energycontrol.org
- www.fad.es
- https://play.google.com/store/apps/details?id=c om.fraileyblanco.android.drogas&hl=es

- Beber líquidos en abundancia (Deshidratación. El alcohol deshidrata más todavia),
- •Intentar comprobar lo que están vendiendo: persona de confianza (?), Analizar.
- Descansar,
- No conducir, ni ir en vehículos de alguien que haya consumido.
- Decidir previamente el número de pastillas que se van a consumir, para no pasarte.
- No consumir varias pastillas al mismo tiempo.
- Empezar con dosis muy pequeñas (micropuntos: LSD, drogas emergentes...)
- •No tomar más pastillas durante el bajón, porque los bajones posteriores serán peores.
- Estar siempre acompañado, y a ser posible por alguien que no haya consumido.
- No mezclar con alcohol u otras drogas.
- Llevar siempre preservativos.
- •No tomar, si se está tomando medicación de cualquier tipo.
- Usar material de venopunción esteril
- No consumir antes de realizar algún tipo de actividad intelectual

- Primera visita.
- •Se habría de preguntar y registrar la respuesta sobre consumo de drogas, tanto pasadas como en la actualidad a todas las personas Y valorar el **riesgo** que ese consumo supone para la salud.
- •Interrogar con posterioridad en función del paciente.
- Mensajes dirigidos a las personas que no consumen drogas (prevención primaria).
- Individualizar:
- •Recordar siempre: peligrosidad de viajar en un vehículo cuando quien conduce ha consumido drogas u ofrecer, en todo momento, la posibilidad de entregar información sobre drogas.
- No está demostrado que informar estimule el consumo.

SI HAY CONSUMO DE DROGAS: Valorar el riesgo

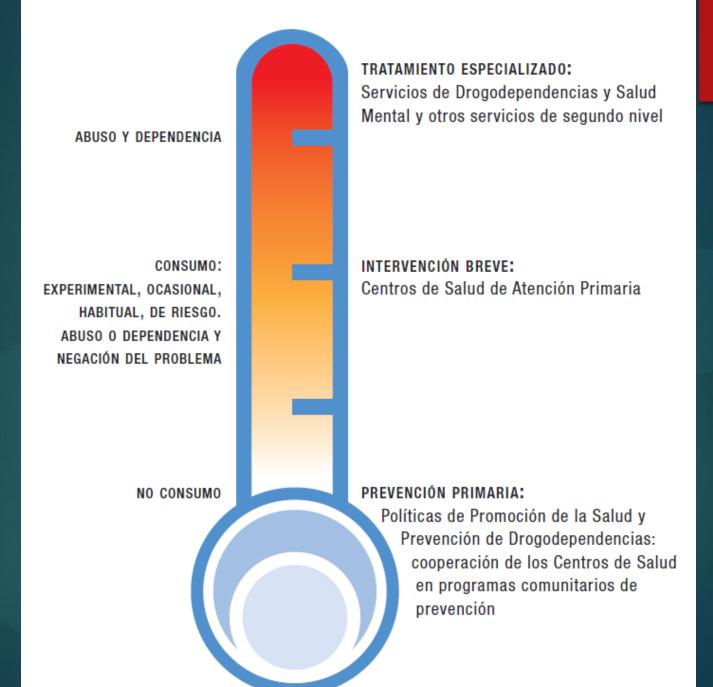
- •Ofrecer la posibilidad de realizar un análisis de sangre de tipo general con serologias de VHB, VHC, VIH y LUES;
- Vacunar tetanos y hepatitis A y B.

Uso esporádico, experimental...:

Reducción de riesgos; introducir el concepto de consumo responsable; Intervención breve

Consumo problemático de drogas:

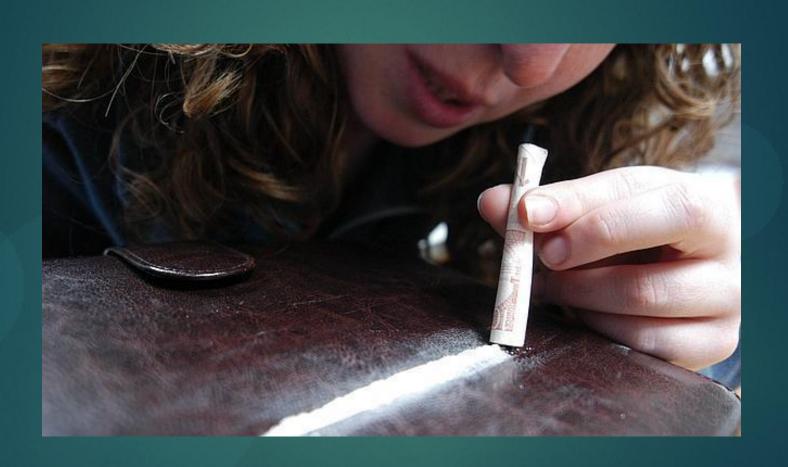
Dependencia: ofrecer ayuda, análisis, Intervención breve; derivación a centros especializados (CAS, centros de reducción de daños, programas libres de drogas)



- Abstinencia Dependencia
- ▶ El consumo de drogas no es consumo o no consumo
- Muchos tipos de consumo... con diferentes riesgos: sustancia/persona/entorno
- Consumo responsable o de poco riesgo, habitual, ocasional, experimental...

- TIPOLOGIES DEL CONSUM (1):
- Consum experimental.
- Consum moderat/responsable.
- Consum de risc.
- Consum perjudicial.
- Abús
- Dependència.





DROGAS Y AP

Que se ve en AP?

Pocas consultas directas por drogas

Muchas consultas "indirectas": ansiedad, insomnio...

Infradetección de consumo drogas

- La atención a las toxicomanias no se hace en atención primaria
- 2. No se hace busqueda activa consumo (salvo alcohol y tabaco)
 - Sensación de no poder hacer nada y de poca autoeficacia en el tratamiento.



XLII JORNADAS NACIONALES SOCIDROGALCOHOL

LOGROÑO 2015 del 12 al 14 de marzo SOCIDROGALCOHOL

www.socidrogalcohol.org

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA PARA INTERVENIR EN PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS

Díaz Gallego, P (1,7); Poblet Montells, L (1); Aubà Llambrich, J (2,7) Altaba Barceló, A (3,7) Pizarro Romero, G (4,7); Freixedas Casaponsa, R (5,7) Bastida Bastús, N (6,7)

(1) CAP Larrard (BCN), PAM SL. (2) CAP Ronda Prim (Mataro), ICS (3) CAP Gorg (Badalona), ICS (4) CAP Llefla (Badalona), ICS (5) CAP 17 Setembre (Prat), ICS (5) CAP Dr Lluía Sayé (BCN), ICS (7) Grup alcohol i drogues

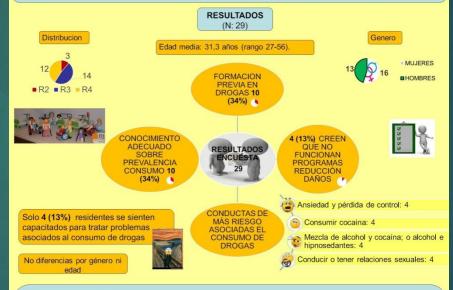
Introducción:

Las últimas encuestas sobre consumo de drogas en España revelan una disminución del consumo de todas, con excepción del aumento de los hipnosedantes prescritos por un profesional. El alcohol, tabaco e hipnosedantes son las drogas legales más consumidas.

El objetivo del estudio es determinar el nivel de formación, conocimientos y actitudes de residentes de medicina familiar y comunitaria (MFyC) en la intervención de problemas asociados al consumo de drogas para corregir déficits y mejorar su vformación.

Material v método

Encuesta presencial, de elaboración propia, a residentes de MFyC de varios centros de salud docentes urbanos de la provincia de Barcelona, referente a formación, conocimiento y actitudes sobre la atención a problemas relacionados con el consumo de drogas.



Conclusiones/discusión:

Los residentes de MFyC tienen un **insuficiente nivel de conocimientos** sobre aspectos relacionados con las drogas: edad de inicio, prevalencias de consumo y riesgos asociados. Existe una tendencia a sobreestimar las prevalencias y magnificar el problema. Consideran que tienen una formación inadecuada y no se sienten capacitados para atender problemas relacionados con las drogas. Las **limitaciones** del estudio serian el número reducido de sujetos incluidos y déficits atribuibles a la encuesta utilizada.

Resulta imprescindible conocer de manera previa el nivel de formación de los residentes en aspectos preventivos (prevención primaria, reducción de riesgos) y de abordaje del consumo de drogas a fin de detectar y corregir déficits mediante una formación específica. Las unidades docentes de MFyC deberían incluir en los respectivos planes de formación elementos básicos sobres drogas (tabaco, alcohol, hipnosedantes, cocaina, etc).

Bibliografía:

- 1-. Plan nacional sobre drogas. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). Madrid 2011, Encuesta incluida en el plan estadístico nacional. Disponible en: http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/EDADES2013.pdf
- 2- Nestor Szerman, Francisco Arias, Pablo Vega, Beatriz Mesias, Ignacio Basurte, Consuelo Morant, Enriqueta Ochoa, Félix Poyo, Francisco Babin. Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la comunidad de Madrid. Adicciones 2011. VOL 23. NUM 1. Pagas. 249-255.

Traslado a otro nivel asistencial

Practicamente siempre:

1-.CAS

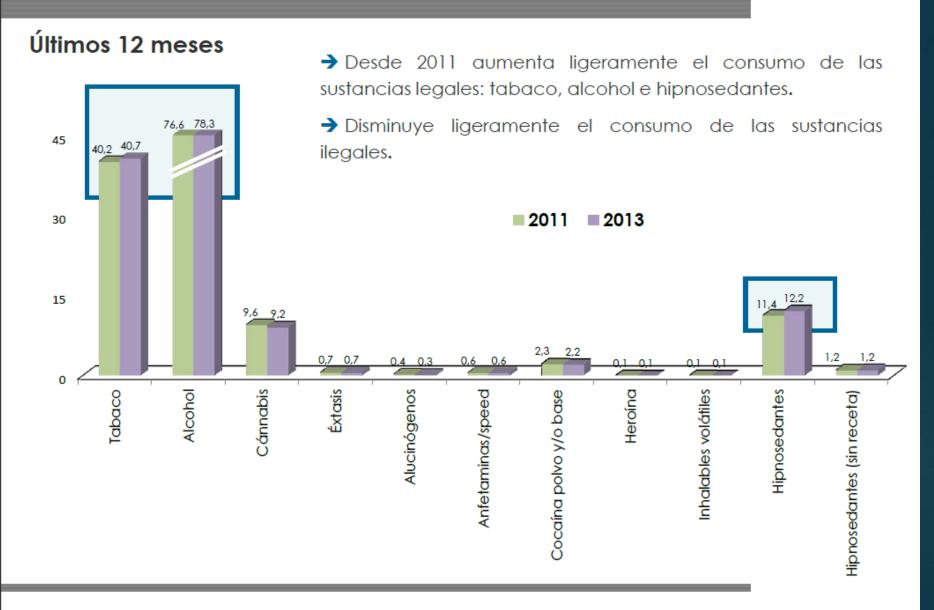
- 2-. Centros de salud mental: patologia dual
- 3-. Programas libres de drogas (Proyecto hombre)
- 4-.Centros de venopunción asistida (Baluard, Vall d Hebron, Zona Franca, Cruz Roja)

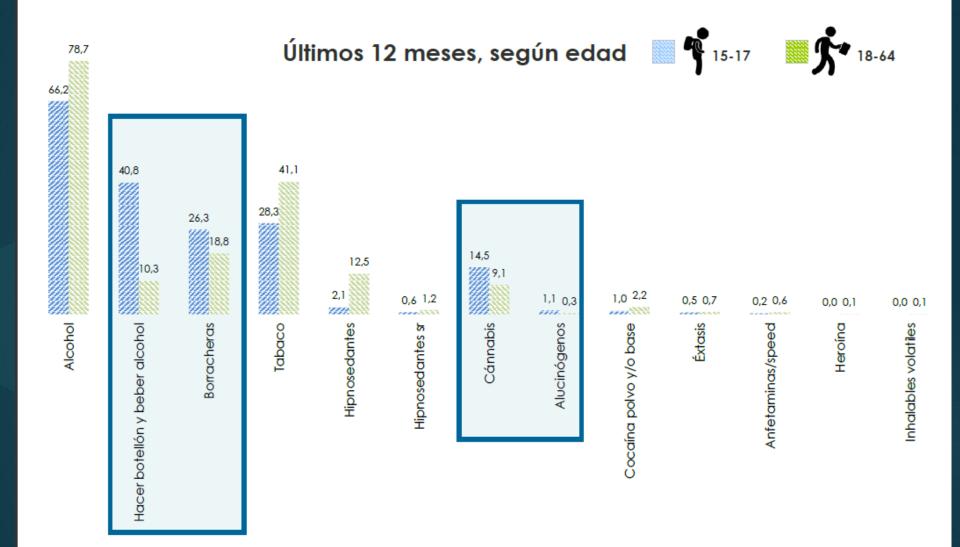
ENCUESTA SOBRE ALCOHOL Y DROGAS EN POBLACIÓN GENERAL EN ESPAÑA EDADES 2013

Últimos 12 meses



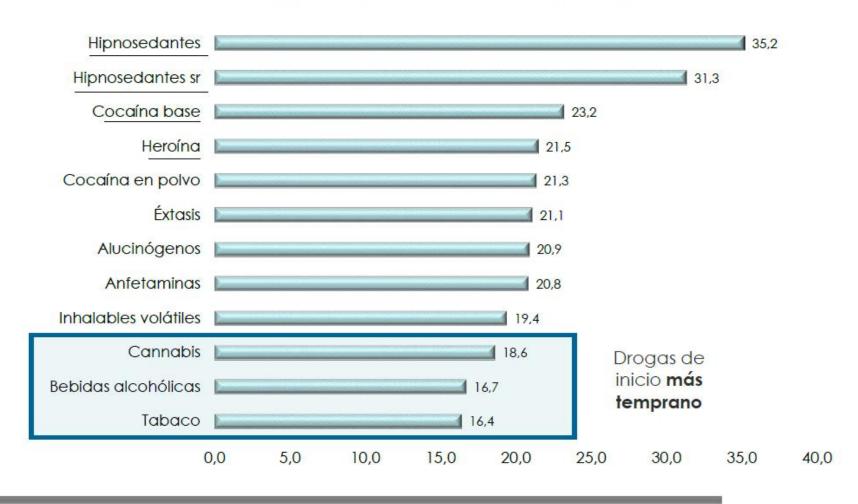
Research Chemicals





Edad media inicio en el consumo

La **edad media** de inicio en el consumo de las diferentes drogas se mantiene **estable** con respecto a ediciones anteriores de la encuesta

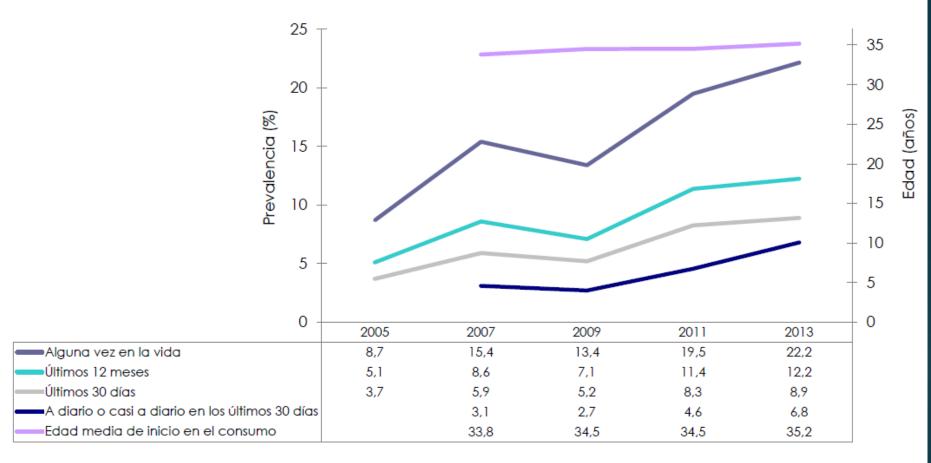


Consumo de hipnosedantes



→ Se observa una **tendencia creciente** desde 2005

→El porcentaje de **mujeres** que consume **hipnosedantes** en el último año **duplica** el porcentaje de **hombres** consumidores (16 % frente a 8,5 %). Las diferencias **aumentan** con la **edad**.

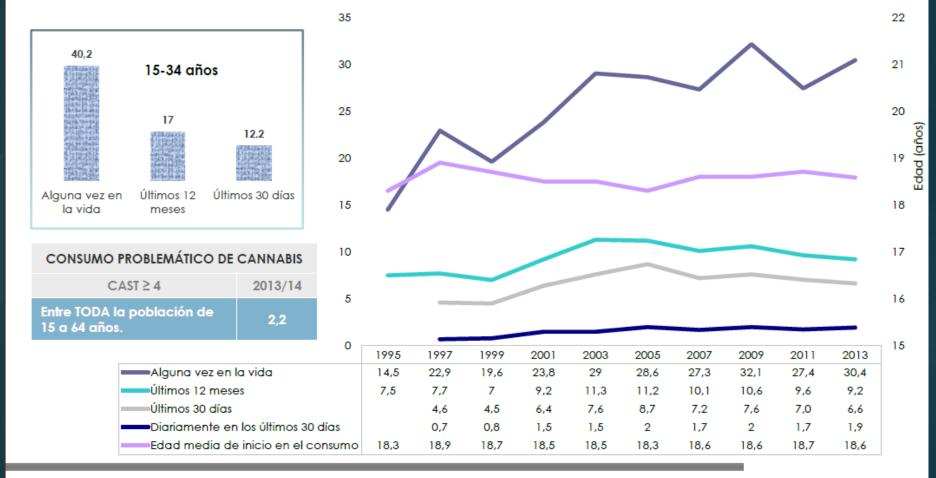


Consumo de cannabis



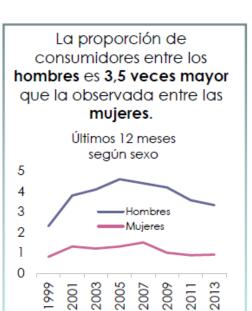
- → Las prevalencias de consumo de cannabis muestran una tendencia levemente descendente
- → Los hombres consumen en mayor proporción que las mujeres en todos los grupos de edad

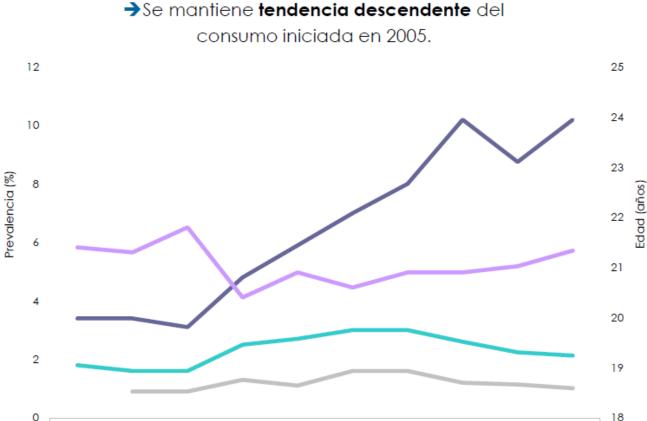
El número de personas (15-64 años) que realizan un consumo problemático* de cannabis es 687.000



Consumo de cocaína*





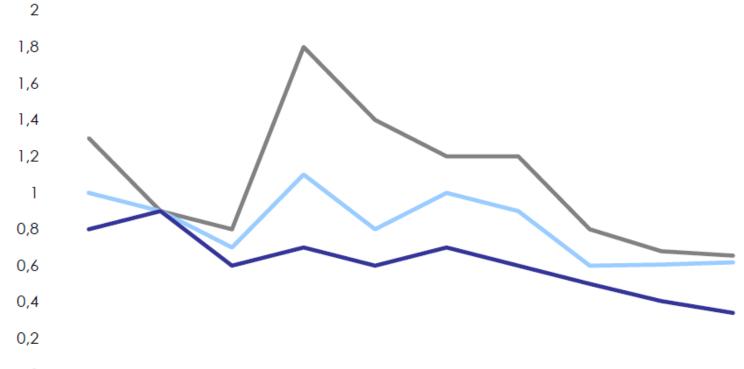


	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Alguna vez en la vida	3,4	3,4	3,1	4,8	5,9	7	8	10,2	8,8	10,2
Últimos 12 meses	1,8	1,6	1,6	2,5	2,7	3	3	2,6	2,2	2,1
Últimos 30 días		0,9	0,9	1,3	1,1	1,6	1,6	1,2	1,1	1,0
Edad media de inicio en el consumo	21,4	21,3	21,8	20,4	20,9	20,6	20,9	20,9	21,0	21,3

Éxtasis, anfetaminas y alucinógenos



→ Se consolida la tendencia descendente iniciada en 2001 para todos los consumos en ambos sexos. Son las <u>cifras más bajas desde el comienzo de las encuestas</u>

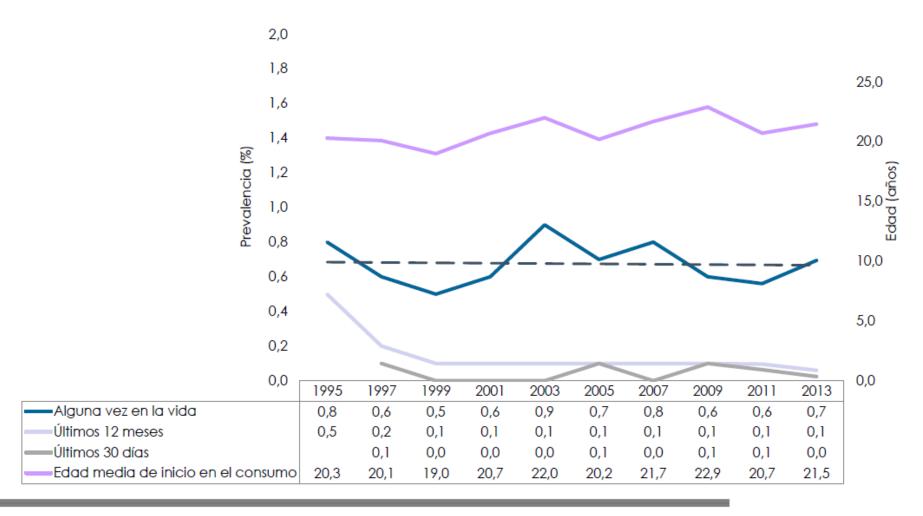


0	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Extasis	1,3	0,9	0,8	1,8	1,4	1,2	1,2	0,8	0,7	0,7
——Anfetaminas	1	0,9	0,7	1,1	0,8	1	0,9	0,6	0,6	0,6
Alucinógenos	0,8	0,9	0,6	0,7	0,6	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3

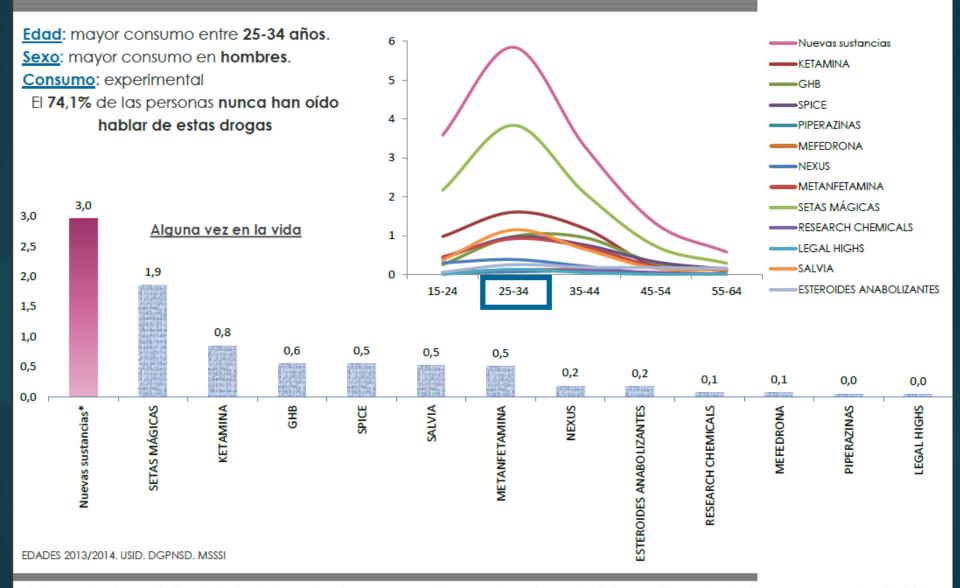
Consumo de heroína



→ Los consumos de **heroína** detectados a partir de la encuesta, no muestran cambios con respecto a las ediciones previas.



Nuevas sustancias

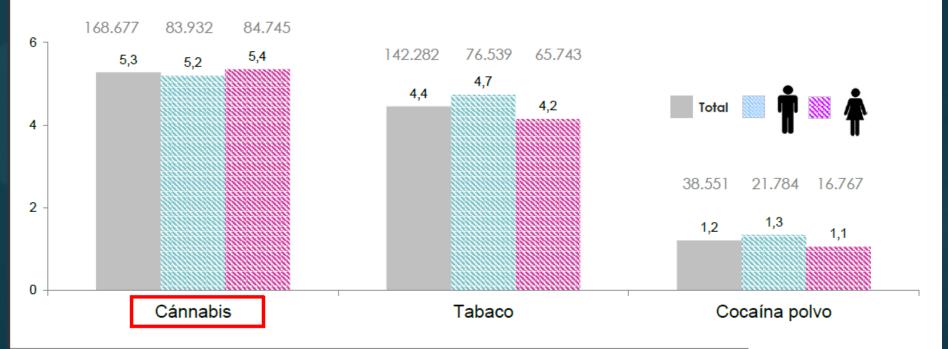


^{*}Incluye sustancias que imitan el efecto de drogas ilegales y que se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, inciensos... Se encuentran incluidas todas las especificadas en el gráfico y otras por cuyo consumo no se pregunta de manera independiente en el cuestionario EDADES 2013/2014.

Incidencia anual

- → En el último año previo a la encuesta comenzaron a consumir cannabis 168.677 personas (5,3 por cada mil encuestados), tabaco 142.282 (4,4/1.000) y cocaína en polvo 38.551 (1,2/1.000)
- →El número de personas que empezaron a consumir cannabis supera a las que se iniciaron en el consumo de tabaco.

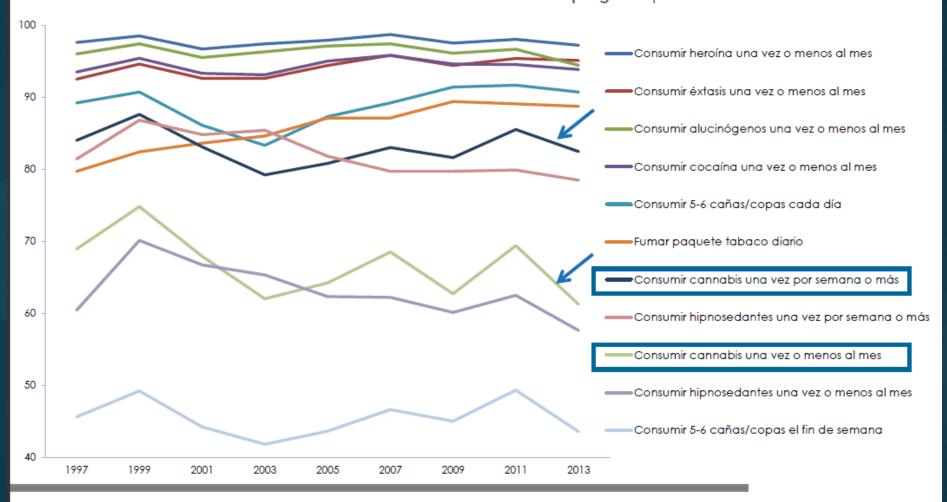
Incidencia anual de consumo de sustancias psicoactivas en población de 15 a 64 años (tasa por 1000 habitantes y número de personas). España 2013.



Riesgo percibido

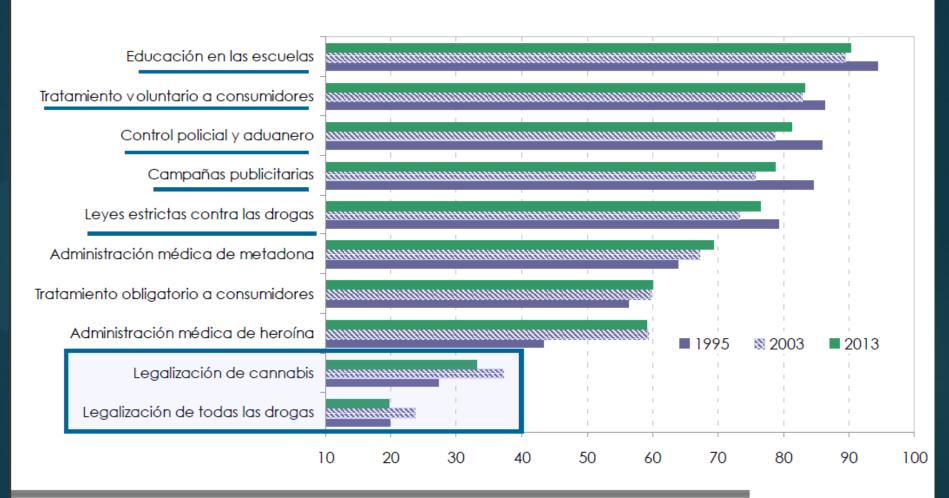
→Baja el riesgo percibido ante el consumo de ciertas drogas

→ Mayor riesgo percibido por mujeres que por hombres para todas las sustancias, excepto para hipnosedantes
 → Persiste la consideración del tabaco como más peligroso que el cannabis

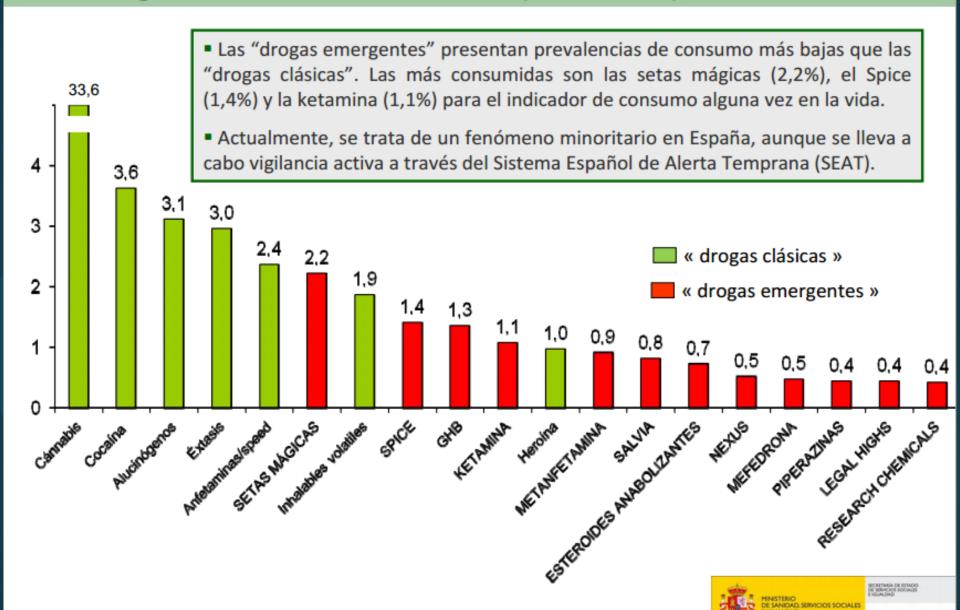


Acciones contra las drogas

Para los ciudadanos, las **medidas de mayor eficacia** para resolver el problema de las drogas son: **Acciones formativas, tratamiento, control policial y restricción legal, y campañas publicitarias**

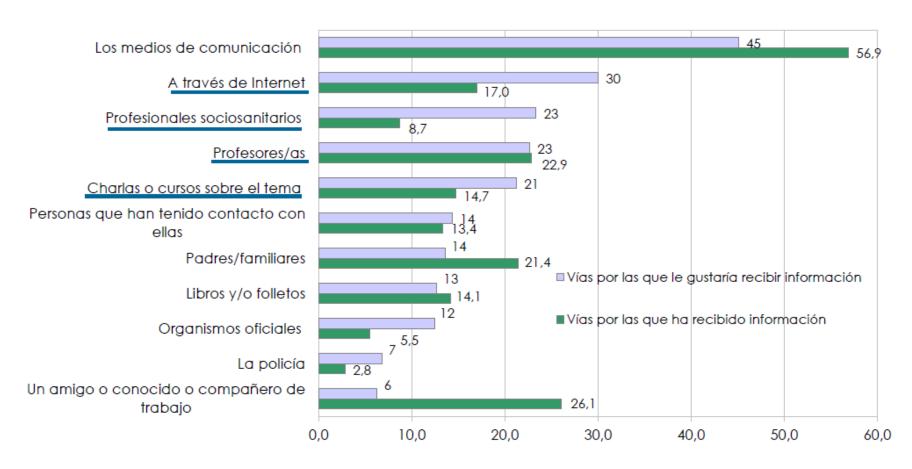


Porcentaje de consumidores de DROGAS EMERGENTES y otras ilegales, alguna vez en la vida. ESTUDES (14-18 años), 2012/2013.



Información sobre las drogas

La población muestra mucho interés en recibir información a través de los medios de comunicación, internet, los profesionales sanitarios, los profesores y charlas o cursos



Mayor aumento en consumo: Hipnosedantes con receta





NOVES DROGUES

S'han analitzat 52 noves drogues al llarg de 2013, detectant-ne 33 substàncies diferents. Les que s'han detectat més habitualment han estat la metoxetamina, la 4-ACO-DMT i la 2C-I.

El 39% d'aquestes substàncies han estat venudes com a *Legal Highs*. Al 2013 se n'han analitzat 17 mostres, 11 més que a l'any anterior. Principalment s'han detectat cannabinoides sintètics i substàncies estimulants com les catinones (4-MEC) i les amfetamines (4-Fluoroamfetamina).





Com a fenomen preocupant que venim observant en els últims anys, algunes d'aquestes noves substàncies s'estan detectant com adulterants de les substàncies il·legals més habituals. Aquest ha estat el cas de la metoxetamina que s'ha detectat venuda enlloc de ketamina i de MDMA, substàncies de la família 2Cx (2C-B, 2C-E i 2C-I) venudes com a fals èxtasi o falsa cocaïna i el 25I-NBOMe venut com a fals LSD.

Lo que está fuera de toda duda es que tomar drogas siempre comporta un riesgo

DEFINICIONES

DROGA

"Fármacos psicoactivos que son capaces de desarrollar dependencia, y que son objeto de abuso"

Abstinencia: no consumo drogas

Consumo responsable o riesgo bajo: Consumo que implica poco riesgo para la salud.

Consumo de riesgo, problemático: Consumo de riesgo para la salud

¿Donde esta el límite?,

Reducción de daños y gestión de riesgos.

"Si consumes el fin de semana no pasa nada, però si consumes cada día tienes una dependència"

Usuario anónimo

DEPENDENCIA

"Estado de adaptación del organismo resultado del consumo repetido de determinadas drogas"

La persona "necesita" volver a consumir

Depende de la sustancia, de la persona y del entorno

http://www.uv.es/=choliz/DSMIVadicciones.pdf

TOLERANCIA

"Disminución progresiva de los efectos de una droga a medida que se consume de forma reiterada."

SINDROME DE ABSTINENCIA

("Mono")

"Síntomas negativos que aparecen cuando se deja de tomar una sustancia a la que el cuerpo se ha acostumbrado...ó ha creado dependencia"

SUSTANCIAS

www.energycontrol.org

www.fad.es

https://play.google.com/store/apps/details?id=com.fr aileyblanco.android.drogas&hl=es

HEROINA

Acción: Depresores del sistema nervioso central. Relaja.

Via de administración: oral, intravenosa, fumada, esnifada

Dependencia física, y psíquica.















Da Sdr. De Abstinencia ("mono")

Nombres: Caballo, Horse, Power, White lady, papelina, chute...

Tolerancia muy rápida.

Problemas:

- Sobredosis: Si se da más dosis de la necesaria, o es más pura. Puede ser mortal.
 - ▶ Tolerancia y dependencia muy rápida: Necesitas consumir cada vez más cantidad, para estar bien.

Problemas físicos:

▶ Hepatitis,

VIH-SIDA,

► ENDOCARDITIS...

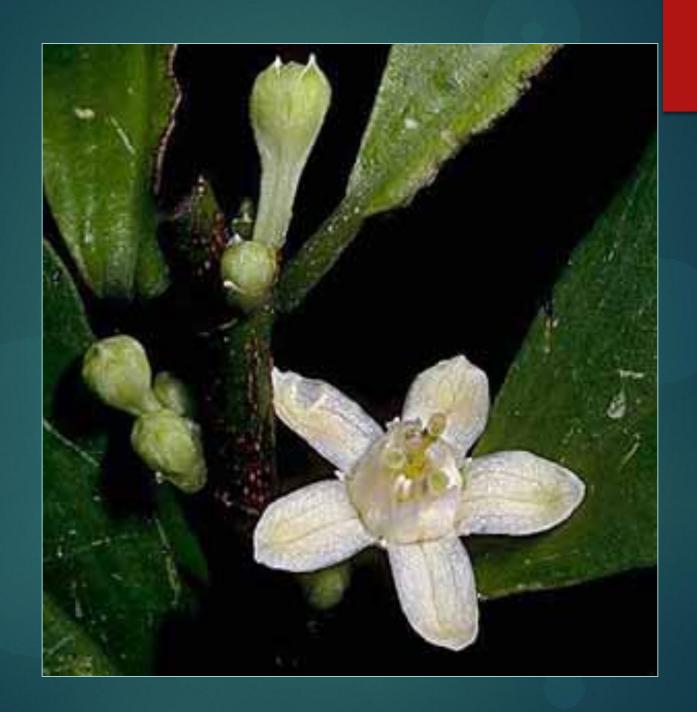
COCAINA

Acción: Estimulante del SNC.

Actua sobre los centros encargados de la sensación de placer,

y anula la sensación de esfuerzo

Via de administración: Fumada, esnifada, pinchada



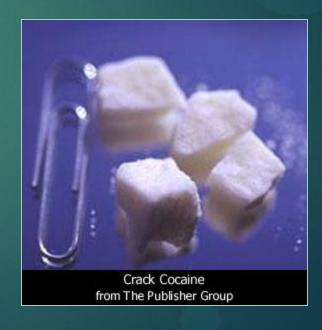












- Dependencia física.
- Dependencia psiquica: Es muy rápida.
- ▶ Más, si se pincha, o si se fuma ("Crack")

CRACK

- Cocaina fumada en una pipa de agua
 - ▶ Llega casi de inmediato al cerebro
 - Dependencia enorme



▶ Da sindrome de abstinencia

Nombres: farlopa, coca, perica, pasta, crack, free-base, basuko, ETC...

Tras un solo consumo:

- Taquicardia, sudor, aumento del calor...
- Delirio,
- Alteraciones del ritmo cardiaco, convulsiones...
- Infartos, tanto cerebrales como de corazón..
- Y la muerte.

Tras consumos repetidos:

- Perforación del tabique nasal,
- Hepatitis C,
- Delirios,
- Alteraciones de la personalidad,
- Depresión, falta de atención...

CANNABIS

- Se obtiene de la resina de las flores del cannabis.
- Las hojas de este arbusto, tratadas y secadas, son la marihuana.
- Hachis: resina obtenida a partir de las flores de marihuana hembra
- EFECTO: Depresor del sistema nervioso central, relajante, sedante, risa fácil...



















Via administración: Oral, inhalada-fumada.

Causa dependencia física, similar al tabaco.

Dependencia psicológica

Hachis, marihuana, chocolate, tate, grifa, kif, costo, goma, mierda...

El hachis que va llegando, cada vez tiene una concentración mayor de THC.

PROBLEMAS

- Da problemas cardiacos y respiratorios, un poco más graves que el tabaco.
- Sdr. De desmotivación ("Paso de todo"),
- "Flashbacks"

Alteración de la coordinación:

► PELIGRO ACCIDENTES DE TRÁFICO

- Crisis de ansiedad
- Paranoias,
- Depresión,
- Alucinaciones
- Si se consume forma habitual, Lentitud de pensamiento.

- http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/ /PIIS2215-0366(14)70307-4/abstract
- ► http://elpais.com/m/sociedad/2014/09/10/actual-idad/1410353598 102164.html

THE LANCET Psychiatry



Copyright @ 2014 Elsevier Ltd All rights reserved.

Young adult sequelae of adolescent cannabis use: an integrative analysis

Summary

Bac

Deb

rare piec

ado

Met We

Aus

mor sch

deo

Fine

We

tho: 0-31

Findings

We recorded clear and consistent associations and dose-response relations between the frequency of adolescent cannabis use and all adverse young adult outcomes. After covariate adjustment, compared with individuals who had never used cannabis, those who were daily users before age 17 years had clear reductions in the odds of high-school completion (adjusted odds ratio 0.37, 95% CI 0.20—0.66) and degree attainment (0.38, 0.22—0.66), and substantially increased odds of later cannabis dependence (17.95, 9.44—34.12), use of other illicit drugs (7.80, 4.46—13.63), and suicide attempt (6.83, 2.04—22.90).

Interpretation

Adverse sequelae of adolescent cannabis use are wide ranging and extend into young adulthood. Prevention or delay of cannabis use in adolescence is likely to have broad health and social benefits. Efforts to reform cannabis legislation should be carefully assessed to ensure they reduce adolescent cannabis use and prevent potentially adverse developmental effects.

dependence (17-95, 9-44-34-12), use of other Illicit drugs (7-80, 4-46-13-63), and suicide attempt (6-83, 2-04-22-90).

Interpretation

Adverse sequelae of adolescent cannabis use are wide ranging and extend into young adulthood. Prevention or delay of cannabis use in adolescence is likely to have broad health and social benefits. Efforts to reform cannabis legislation should be carefully assessed to ensure they reduce adolescent cannabis use and prevent potentially adverse developmental effects.

Funding

Australian Government National Health and Medical Research Council.

DROGAS DE DISEÑO

- Son sustancias fabricadas en laboratorios.
- La mayoría derivadas de las anfetaminas

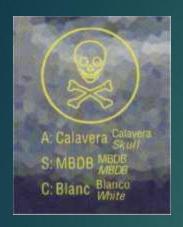
MDA: "píldora del amor"

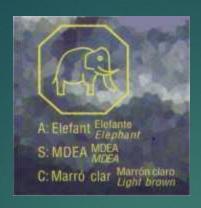
MDMA: "éxtasis";

MDE ó MDME: "Eva"

Pildora del amor, extasis, speed, chuflas, rulas, pilquis, mitsubishi, eva, palmeras, tulipanes...

Desinhiben, y hacen que aumente la euforia



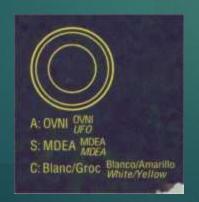




















99 Ecstasy (MDMA) Tablets Image © 2000 Erowid.org

- Se comen.
- ▶ Inicio efectos en ½ hora, y duran entre 4 y 5 horas.

► Efectos:

- Subidon: Insomnio, no fatiga, aumento de la actividad, euforia, desinhibición, a veces alucinaciones
- Bajón: Resaca, sueño y estado depresivo e irritabilidad.

Dependencia psicológica,

Dependencia física, a veces,

► Tolerancia.

PROBLEMAS

(Pueden darse con la primera pastilla, o tras haber consumido varias veces))

- Suicidios por la euforia (Volar...)
- Muerte de neuronas,
- ► Taquicardias, arritmias, sudoración, bruxismo, deshidratación...

- Crisis de angustia, paranoias y depresión.
- Esquizofrenia
- Alteración de la memoria
- ► Agresividad y...
- ▶ Muerte.

Polvo de angel, "PCP" ó cristal

- Derivados de la fenciclidina.
- Líquido, cristal, pasta ó papel.
- Fumada (Tambien oral o snifada.)
- Euforia, agitación...psicosis
- Poco uso en Europa.
- MUY PELIGROSA: ES LA DROGA QUE MAS PSICOSIS DA.

LSD

▶ Tripis, acido

- ► Efecto: Alucinogeno,
 - ▶ "Viajes", que duran entre 5 y 12 h



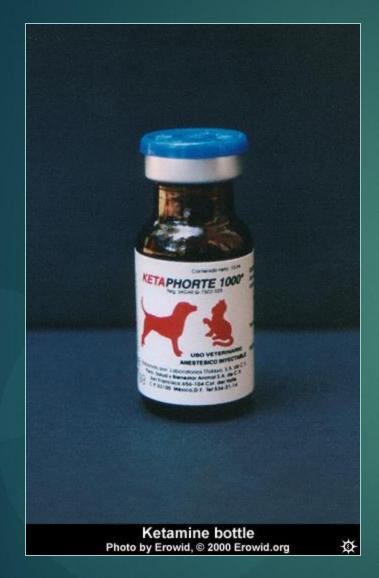




48 LSD Blotter Designs Image by Erowid, © 2000 Erowid.org

Ketamina ("K")

- Anestésico de uso veterinario.
- Dosis bajas: Euforia
- Dosis medias: potentes alucinaciones
- Dosis altas: Incapacidad para moverte, coma y...muerte





Extasis líquido (GHB)

- Es un anestésico líquido incoloro, inodoro e insipido.
- No tiene nada que ver con las pastillas de extasis
- Dosis bajas: Desinhibe...
- Dosis altas: Coma y la muerte.

POPPERS

- Derivado de nitratos,
- ▶ Se inhala,
- Da vasodilatación,
- ► Es muy peligroso.

INHALANTES

- ▶ Cola, gasolinas...
- Sensación similar al consumo de alcohol,
- Se consume sobre todo en paises del sur.

PROBLEMAS

- Es muy tóxico,
- Muerte neuronal,
- Disminuye la capacidad intelectual,
- Complicaciones física: Alteraciones musculares, gastritis, depresión médula ósea...

DROGAS EMERGENTES

- Definición y clasificación dificil.
- Nueva droga que surge como alternativa a las ya existentes, o que ya existia y se produce un aumento de su consumo.
- Guia sesión: Estadística de la encuesta EDADES

DROGAS EMERGENTES: DROGAS INVISIBLES:

Registro: 0





El cambiante mundo de las drogas: siempre vamos por detrás.

Psychonaut Web Mapping Project.

Búsqueda de nuevos productos psicótropos comercializados a través de internet y de nuevas tendencias y combinaciones de consumo, mediante el rastreo de páginas webs, tiendas on-line, foros de usuarios e incluso páginas como YouTube, ha encontrado desde su inicio 412 nuevos compuestos psicoactivos, 151 sustancias químicas, 121 procedentes de plantas y 140 combinaciones de ambos grupos.



- La línea entre drogas legales e ilegales muy tenue.
 - 2. Actualización permanente:-Limitaciones de las determinaciones analíticas,-Sospecha clínica,
- Desarrollo, comercialización y disponibilidad: irrupción de un mercado innovador y dinámico, enormemente accesible, globalizado, sofisticado y muy atractivo para los jóvenes.

RESEARCH CHEMICALS O NUEVAS SUSTANCIAS DE SINTESIS

- ▶ 1. Son sustancias sintetizadas en las últimas décadas.
- 2. Son accesibles a través de internet.
- > 3. Cuentan con escasos o inexistentes datos relacionados con su investigación clínica en animales y humanos.
- ▶ 4. Disponen de gran cantidad de información en la web, de calidad variable y procedencia indeterminada o no contrastada en algunos casos.
- ▶ 5. Son generalmente distribuidas en círculos restringidos, pero con posibilidad de que se popularicen.

Psychedelics

5'-substituted tryptamines

Related to: bufotenin

5-MeO-DMT 5-MeO-DALT 5-MeO-MET 5-MeO-MIPT 5-MeO-DIPT 5-MeO-DPT

> 5-MeO-AMT 5-MeO-AET

AMT AET MIPT DIPT DALT NMT DET

DPT

4'-substituted tryptamines

Related to: psilocin

4-AcO-DMT 4-HO-DPT 4-AcO-DET 4-HO-DALT 4-HO-MIPT 4-HO-DIPT

4-MES-DMT

NBOMe series

Related to: 2C-x series

25C-NBOMe 25I-NBOMe 25D-NBOMe

Ergolines

Related to: LSD, LSA

ALD-52 LA-SS-Az (LSZ) PRO-LAD ETH-LAD

2C-x series

Related to: mescaline

2C-B 2C-D 2C-I 2C-E 2C-T-7 2C-P 2C-B-FLY

Psychedelic amphetamines

Related to: 2C-x, amphetamine

DOB DOM DOC DOET TMA-2 DOI Bromo-dragonFLY

Cannabinoids

Functionally related to naturally occurring cannabinoids including THC

AB-001

HU-210

HU-211

HU-331

Naphthoylindoles

JWH-019 JWH-018 JWH-081 JWH-073 JWH-200 JWH-122

> AM-1221 AM-2201

JWH-133

JWH-175

WIN-55,212-2

CP-47,497 CP-47,497, C8 homologue CP-55.940

CB25 JWH-161 CB52

Cyclopropanoyl-

indoles

Benzoylindoles

AM-694 AM-1241 AM-2233 RCS-4

UR-144 5F-UR-144 A-834,735 A-796,260

Phenylacetylindoles

JWH-250 JWH-251 JWH-203 RCS-8

Naphthoylpyrroles

JWH-307 JWH-147 JWH-030

0-1812

Stimulants

Cathinones

Related to: methcathinone. cathinone, amphetamine, MDMA

Mephedrone Pentedrone Methylone Flephedrone Butylone bk-PMMA Benzedrone

4-MEC

Piperazines

Related to: piperazine

BZP mCPP MBZP pFPP DBZP MeOPP MDBZP TFMPP

5-APB 6-APB 6-ADPB

4-methylaminorex Desoxypipradrol 4-ethylaminorex

Ethylphenidate

Phenylalkylpyrrolidines

Related to: Pyrovalerone, Prolintane

> MDPV a-PPP α-PVP MDPVP α-PBP MOPVP

Methiopropamine

Camfetamine

MDAI MDAT 2-AI 5-IAI

Dimethocaine

Substituted amphetamines

Related to: amphetamine, methamphetamine

> 4-FA 3-FMA 4-FMA PMA **PMMA** 3-FA

Dissociatives

Related to: ketamine, PCP

Methoxetamine 3-MeO-PCP 4-MeO-PCP 3-MeO-PCE 2-MeO-ketamine

Sedatives

Opioids

Related to: morphine, fentanyl, heroin

α-methylfentanyl 3-methylfentanyl MPPP

O-desmethyltramadol 7-acetoxymitragynine Metonitazene

AH-7921

Phenazepam







- Algunas nuevas y otras no tanto.
- consumo restringido a subgrupos que las utilizan con fines experimentales y psiconaúticos.
- Muchas familias químicas, las más importantes: Fenetilaminas, Triptaminas, Piperazinas, cannabinoides sintéticos, Arilciclohexilaminas, AL (anestésicos locales) y Piperidinas

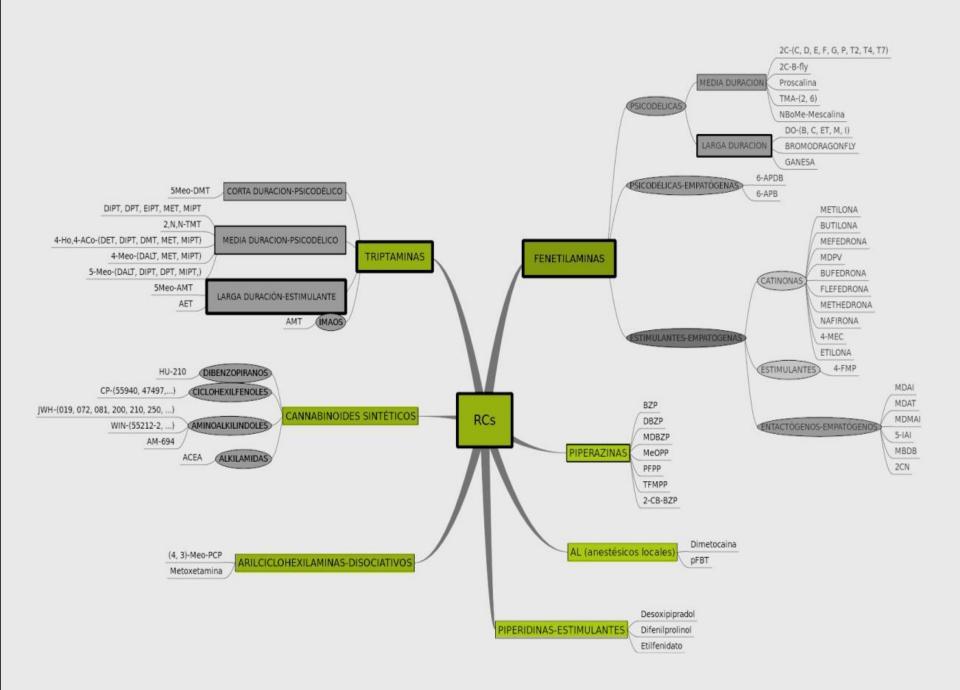


- Aumento consumo por:
- mayor popularización,
- o bien como una búsqueda de otras sustancias que sustituyan a las drogas de uso común (mdma, cocaína, speed, etc.) en momentos de gran adulteración de estas últimas.



EFECTOS

Estimulantes, Anti-psicóticos, Depresores, Alucinógenos y psicodélicos, empatógenos, entactogenos y disociativos.



SETAS MAGICAS



- Hongo Psilocíbico: setas, mongis, trufas...
- Sustancias psicodélicas de tipo <u>triptamínico</u>, principalmente, <u>psilocina</u>, <u>psilocibina</u> y <u>baeocistina</u>. Existen 186 especies conocidas.
- Presentación: seta, fresca o seca, en forma de esclerocio (trufas) o en polvo seco (en ocasiones encapsulado).



- ► Efectos psicodélicos.
- Euforia a dosis bajas o en las fases iniciales del viaje.
- Después modificaciones de la percepción visuales, auditivas...
- Los efectos pueden tardar en aparecer desde los 15 minutos a más de una hora.
- La duración total de la experiencia varía de 4 a 6 horas con un periodo aproximado de dos horas de recuperación hasta volver a la normalidad.

SALVIA



- Salvia (Salvia divinorum): hierba de la familia de la menta, nativa del sureste de México.
- ▶ Nombres: "La Pastora", "Yerba María", "Menta Divina"...
- Alucinógeno.
- Consumo: masticado de las hojas frescas o tomando el jugo extraído de ellas, se pueden fumar en cigarrillo o en pipas de agua o se pueden vaporizar e inhalar.

EFECTOS



- ▶ Efectos: intensos pero de corta duración. (Aparecen en menos de un minuto y duran menos de media hora).
- Psicodélicos

SPICE (MARIHUANA SINTETICA)



- "Spice": variedad de mezclas de hierbas que producen experiencias similares a las de la marihuana (cannabis)
- Se venden como alternativas legales y "no peligrosas" de la marihuana.
- Nombres: K2, marihuana sintética, fuego de Yucatán y llamarada solar, "fake weed", "Skunk", "Yucatan Fire" y "Moon Rocks".







- Canabinoides sinteticos
- Fumada (a veces mezclada con hachis)
- ► En infusión.
- ▶ No son naturales
- ► Efectos similares al Hachis, pero más potentes



- ▶ SINTOMAS: taquicardia, vómitos, agitación, confusión y alucinaciones. Se han descrito casos de brotes psicóticos.
- Puede elevar la presión arterial.
- Se ha descrito casos de IAM.
- Dudas sobre su potencial toxicidad: se piensa que puede haber restos de metales pesados.

METANFETAMINA



- ▶ Desoxiefedrina.
- ▶ Fenetilaminas.
- 'Meth', 'ice', 'crank', fuera de España: 'crystal' (En España cristal es el MDMA)







Vía esnifada o oral; uso fumado o inyectado (en España es muy minoritario)

Presentación:

Polvo blanco o color hueso, cristalino, inodoro y de sabor muy amargo. También pastillas, cápsulas o cristales grandes.



- Estimulante muy potente del SNC. (Más que el speed (sulfato de anfetamina))
- Sensación de energía y euforia, incremento en el nivel de alerta, disminución de la necesidad de dormir y comer.
- Dosis entre 5 y 60 mg. A partir de 40 mg puede haber intoxicación. (<u>www.erowid.org</u>)
- Rango de pureza muy variable
- Muy potente. Muy adictivo

NEXUS



- ▶ 4-bromo-2,5-dimetoxifeniletilamina
- ▶ Fenetilaminas psicodélicas.
- Nexus, 2CB o "Pastillas Triposas".



Thursderforme TSx52rm 63 rg M384



Triangle IE2+41 err Merg MSRA



Ups 61x54mm 61 mg MDMA



Hillers 3.1s 4.5 mm 136 mg ADAA + caffring



Number One 52x48mm Strig MONA



87x3.4mm 87x3.4mm Hing explotation 4 from salidone



Clover Leaf Table 45 mm 46 mg HDAU 413 mg MDAU



Suarisa S1:45 mm S5:mg NDS



Dismond 127 c73s s 43 mm 183 mg MDSA



Terina 53:43:mm 75:mg MDAM



Mercades 88.65.2 mm Uring amphitument a from sufficine



Micro 18+15mm



Dove 92x33mm 67mg Messa x31mg Appa



Euro 92x +28 mm 97mg ADAM



Red Playboy 5.1s.1.1mm If mountainment i face calleng



Delphin 92x34 nm 25 mg MDEA +5 mg MDMA



THE ILIAIAMS SingMIDS



Triangle 10.3 c4.3 mm. 107 mg/MDEA



Pyramid 10.1 x 4.5 erro medicine called Neo-Chalgie



ETa 40mm 9 mg amphetamine + trace cofficine



Apple 12×11 ren Urej MbM, Instrutione



G-mail 43+85 mm 31 mg AGMA



One Two Five



Daye 3 to Librar 18 mg amphetamine 1 back caffeine



Adidas 83/45 John 8 reparaphetanine 1 investillent



- × Presentación: comprimidos. Menos polvo o capsulas.
- Efectos: entre la LSD y la MDMA
- * Dosis bajas: efectos estimulantes y de "buen rollo", y los efectos psicodélicos se acrecientan a dosis más altas.
- Subida: Los efectos tardan más en aparecer que los de la MDMA. (Entre 1 y 2 horas).
- ➤ Duración: Entre 4 y 8 horas (suelen transcurrir unas 8-10 horas desde la ingesta hasta que se retorna al estado inicial), siempre dependiendo de la dosis y de la persona.



- Dosis habitual de consumo: entre 5 y 20 mg por vía oral.
- Dosis baja: hasta los 10 miligramos.
- ▶ Dosis moderada: desde los 10 a los 24 miligramos.
- ▶ Dosis alta: de 25 a 40 miligramos.
- Si se consume con alcohol o cannabis se potencia su efecto



- ▶ A partir de los 40 miligramos el viaje puede provocar formas agudas de miedo.
- Consumo esnifado de 2CB: Ojo; muy peligroso;. No se conocen casos de muerte o reacciones graves por esta vía con la 2CB, pero sí con otras sustancias de la misma familia (<u>feniletilaminas</u>) como el bromo-dragonfly.



- A nivel cardiovascular: hipertensión arterial, taquicardia, arritmias, isquemia miocárdica.
- A nivel del sistema nervioso central: hipertermia, agitación, convulsiones, hemorragia intracerebral, cefalea, bruxismo, hiperreflexia, psicosis paranoica;
- Otros síntomas: sudoración, taquipnea, midriasis, temblores, náuseas, rabdomiolisis, rigidez muscular, edema pulmonar y colitis isquémica.



- Existen referencias de dosificaciones de hasta 100 mg en las que las constantes vitales de los consumidores continuaron funcionando correctamente.
- ► A dosis muy altas los efectos visuales y psicológicos pueden llegar a ser extremadamente intensos.

MEFEDRONA

- Es una sustancia de efectos estimulantes y euforizantes como la anfetamina o la cocaína, habiendo usuarios que refieren efectos empatogenos como la MDMA.
- Pertenece al grupo de las catinonas que son un tipo de fenetilaminas estimulantes.





- Polvo, cristal, en cápsulas, en comprimidos y en forma de pequeñas bolitas.
- Consumo via nasal tiene mucho más riesgos que la via oral.
- Se ha vendido mefedrona como fertilizante para plantas y como aromatizante para baños.

EFECTOS: ESTIMULANTES



- 1. Euforia.
- 2. Incremento de la energía.
- 3. Sensación de estimulación.
- 4. Aumento estado de alerta.
- 5. Urgencia de hablar.
- 6. Mejora de la función mental.
- 9. Estimulación sexual.



Efectos secundarios:

Hipertermia, hipertension, taquicardia, palpitaciones, vasoconstricción grave en las extremidades, reacciones autoinmunes, deterioro de la memoria a corto plazo, depresión, pánico, comportamiento agresivo, paranoia, alucinaciones y psicosis.

- No está bien establecida la dosis de sobredosis. Dosis muy diferentes (pe. 1,8 gramos consumidos en 20 horas, 600 miligramos consumidos en 6 horas).
- 1. Hipertermia severa.
- 2. Arritmias cardiacas.
- 3. Cardiopatia isquemica.
- 4. Convulsiones.









mit Bruchrille







Triskel

PIPERAZINAS

- Compuestos orgánicos que derivan de la piperazina.
- Producción de plásticos, resinas, pesticidas, liquido de frenos y otros materiales industriales.

En medicina: antiparasitarios antihelminticos, antidepresivos, antihistamínicos, antipsicóticos, analgésicos sildenafilo.















weißlich bis

weißlich bis hellgrün

mit Bruchrille

mit Bruchrille mit Bruchrille

Drogas recreativas por sus efectos muy parecidos a los de las anfetaminas y el éxtasis.

Los usuarios dicen que sube más lentamente



hellgrün mit Bruchrille









Triskel weißlich, leicht rosa gesprenkelt

► El m-CPP se ha usado para adulterar pastillas vendidas como MDMA.

▼ X √ f≥ mCPP tartalmú tabletták											
	A	В	C	D	E	F	G	Н	I	J	K
1	barna foltos	fehér alapon barna foltos	45 per 200 pt				RR-4	vil. zöld	m-CPP		
2	fehér	fehér	m-CPP				Versace-6	vil. zöld	m-CPP		
3	foltos	fehér ill. rózsaszín alapon színes foltok	m-CPP				Versace-6	vil. kék	m-CPP		
4	hármas láncszem	narancs	m-CPP				Versace-6	rózsaszín	m-CPP	0	-
5	hármas láncszem	rózsaszín	m-CPP				Versace-6	rózsaszín	+ MDMA (nyom)		
6	hármas láncszem	rózsaszín	m-CPP				Versace-7	narancs	m-CPP + MDMA		
7	krokodil-7	vil. zöld	m-CPP				Versace-7	fehér	m-CPP		



UN FENOMENO EN ALZA

Smart shops: smart drugs (Legal Highs)

Hierbas o productos de laboratorio



VAMOS DE COMPRAS:

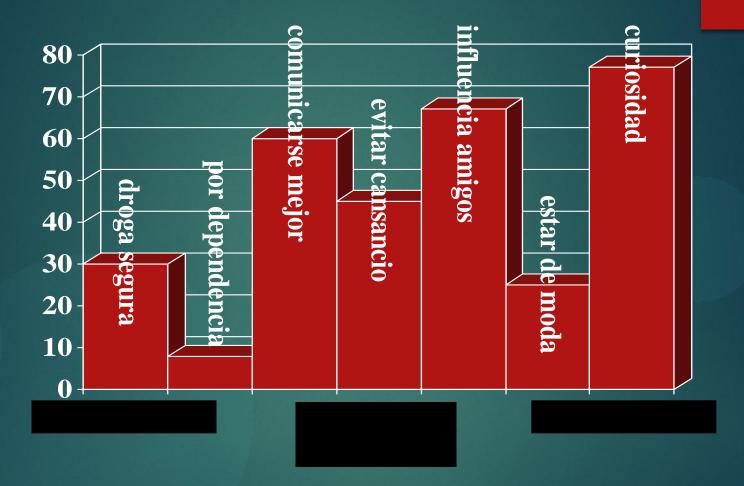
www.azarius.net

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCION DEL CONSUMO DE DROGAS

Pako Díaz fdiaz@caplarrard.net







¿Por qué se consumen "pastis"?. 2155 adolescentes

FACTORES DE RIESGO

- Leyes y normas sociales favorables al uso y abuso (Ejemplo; un aumento del precio del tabaco se ha demostrado que disminuye su consumo)
- Disponibilidad
- Deprivación social asociada a extrema pobreza.
- Desorganización del entorno social inmediato

- ► Factores fisiológicos (Poco conocidos)
- Factores psicológicos: Busqueda de nuevas sensaciones, bajo umbral en la evitación de daños, agresividad...
- Actitudes y conductas familiares positivas respecto a las drogas. Prácticas pobres de gestión y manejo familiar.
- Carencia de lazos afectivos familiares

- ▶ Fracaso escolar
- Bajo grado de compromiso con la escuela
- Asociación con compañeros que usan drogas
- Actitudes favorables al uso de drogas
- ▶ Inicio temprano del uso de drogas

FACTORES DE PROTECCIÓN

- Capacidad de resolución de problemas y sentimiento de autoeficacia.
- Capacidad de interiorizar normas sociales
- Existencia de fuertes vínculos emocionales positivos con padres y/o tutores.
- Participación de los padres/tutores en la vida de los hijos

- Existencia de una normativa familiar general clara y estable.
- Supervisión parental general de la vida de los hijos.
- Rendimiento escolar satisfactorio y aspiraciones de continuar estudios superiores.
- Existencia de vínculos afectivos positivos con la escuela y los profesores

- Existencia de un entorno social de soporte y refuerzo de las habilidades sociales del niño y adolescente
- Vinculación y participación activa en instancias prosociales: Familia, escuela, escoltas...

Mantenimiento de valores prosociales por parte del grupo de iguales, y valoración positiva del grupo por parte de padres y tutores.

LIMITACIONES

- ► Muchas.
- Asociaciones estadísticas,
- Los diferentes factores se pueden presentar en diferentes intensidades, y ;
- No se conoce la fuerza de la asociación de los factores ni de riesgo ni de protección.

- ▶ Prevencion: Accion global en 3 ambitos:
- > Ambito escolar;
- > Ambito familiar
- > Ambito comunitario

LA CALLE

- 1 GRAMO DE COCAINA O HEROINA.
- Pureza variable entre 10% y 30%.
- Se suele comprar medio gramo: unos 30 euros.
- De medio gramo pueden salir unas 4 rayas o dosis "normales".
- Se considera una dosis alta más de 2 gramos al día

Tabla 4.3.1. Evolución de los precios (euros) y purezas medias (%) de las sustancias psicoactivas en el mercado ilícito. España, 2000-2010.

		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ren		2000	2001	2002	2003	2004	2003	2000	2007	2000	2003	2010
LSD Unidad	Precio (euros)	8,8	9,2	8,8	10,1	10,3	10,3	11,3	11.4	11.4	11,4	11,6
,	rrecto (euros)	0,0	7,2	0,0	10,1	10,0	10,5	**,5	,-	,-	,-	11,0
Extasis												
Unidad	Precio (euros)	11,5	11,4	11,2	10,3	10,0	9,8	9,9	10,7	10,6	10,2	10,3
Speed												
Dosis	Precio (euros)	8,4	8,6	8,7	8,7	8,8	9,1	9,0	9,6	9,2	9,6	10,5
Gramo	Precio (euros)	25,5	25,4	28,8	23,8	24,6	24,2	23,5	25,8	26,4	26,2	26,4
Kilogramo	Precio (euros)	16.184	17.479	17.395	17.617	17.389	17.780	17.771	17.689	17.516	17.318	17.692
Resina de hachís												
Gramo	Precio (euros)	3,9	3,9	4,1	4,4	4,4	4,3	4,5	4,5	4,8	4,8	5,2
Kilogramo	Precio (euros)	1.456	1.504	1.407	1.362	1.398	1.297	1.299	1.386	1.417	1.418	1.447
Grifa/marihu	ana											
Gramo	Precio (euros)	2,5	2,8	2,9	2,8	2,9	2,8	3,0	3,1	3,1	3,6	4,1
Kilogramo	Precio (euros)	1.064	1.094	1.106	1.064	833	816	796	805	790,5	811	897
Heroina												
Dosis	Pureza (%)	25.0	26.0	26.0	22.0	22.5	24.0	22.0	22.0	22,5	22.0	21.0
	Precio (euros)	10,2	9,2	9,3	9,8	9,6	9.9	10,1	10,5	10,3	10,6	10,7
Gramo	D		34.0	24.0	32.0	29.0	20.0	22.0	32.5	32.5	21.6	31.5
	Pureza (%)	32,0	64,0	34,0	66,0		30,0 63,7	32,0	62,7	62,6	31,5	
	Precio (euros)	66,4		64,5		64,2		62,4			61,8	60,7
Kilogramo	Pureza (%)	64,0	51,0	53,0	49,0	49,0	47,5	47,5	47,5	46,0	43,5	45,0
	Precio (euros)	38.738	41.965	43,298	42.845	36.927	37.193	37.756	35.791	34.474	33.528	33.360
Cocaina												
Dosis	Pureza (%)	45,0	44,0	43,0	40,0	42,0	43,0	46,0	41,5	40,5	38,5	36,5
	Precio (euros)	11,7	13,6	13,2	13,9	13,2	13,3	14,1	14,2	15,1	13,9	12,7
Gramo	Pureza (%)	53,0	52,0	50,0	51,0	51.0	53,0	54,0	50,5	49,5	49.0	45,5
	Precio (euros)	57,2	59,7	58,3	61,9	61,9	61,0	60,7	60,8	60,0	59,6	60,0
Kilogramo			73,0	71,0	74,0	75,0	75,0	73,0	72,5	72,0	72,5	71,0
	Pureza (%)	74,0 33,358	73,0 34.640	34,570	34.364	33.653	32.758	33,365	33,771	33.122	33.039	33,995
	Precio (euros)	33.338	34.040	34.370	34.364	33.633	32.738	33.363	33.771	33.122	33.039	33.993

FUENTE: Ministerio del Interior, Oficina Central Nacional de Estupefacientes de la Comisaria General de la Policia Judicial.

Tratamiento médico

Poca cosa...

Protocolo REDAN

REDUCCION DE DAÑOS Y GESTIÓN DE RIESGOS

- Los daños asociados al consumo de sustancias dependen de la sustancia, la persona y el entorno.
- Todo consumo es perjudicial para la salud.
- Saber no es hacer.
- Todo el que quiera consumir lo hará.
- Es importante consumir menos, pero también consumir diferente.

- Beber líquidos en abundancia (Deshidratación. El alcohol deshidrata más todavia),
- Intentar comprobar lo que están vendiendo: persona de confianza (?), analisis sustancias.
- Descansar,
- No conducir, ni ir en vehículos de alguien que haya consumido.

- Decidir previamente el número de pastillas que se van a consumir, para no pasarte.
- No consumir varias pastillas al mismo tiempo.
- Empezar con dosis muy pequeñas (micropuntos: LSD, drogas emergentes...)
- No tomar más pastillas durante el bajón, porque los bajones posteriores serán peores.

- Estar siempre acompañado, y a ser posible por alguien que no haya consumido.
- No mezclar con alcohol u otras drogas.
- Llevar siempre preservativos.
- No tomar, si se está tomando medicación de cualquier tipo.

Usar material de venopunción esteril

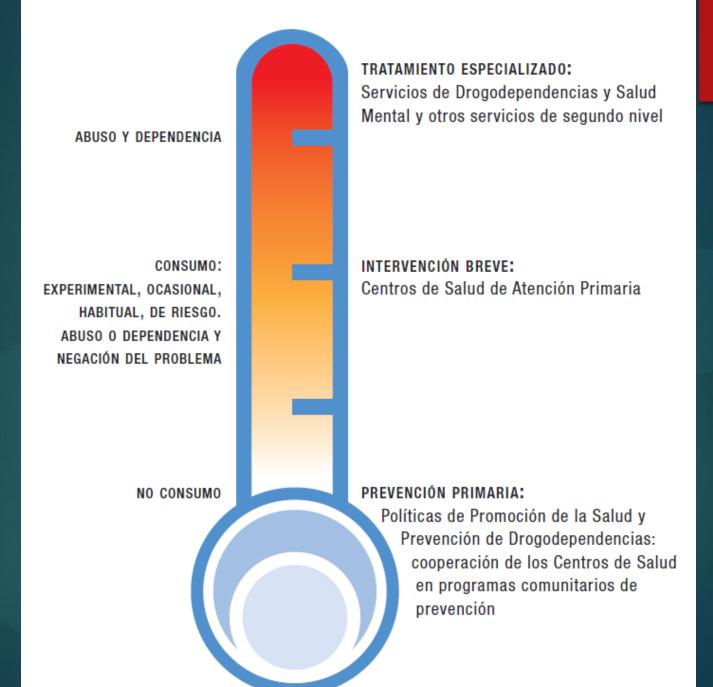
No consumir antes de realizar algún tipo de actividad intelectual http://www.youtube.com/watch?v=XbKgknkGuZ Y

5,25-6

Espacio venopunción asistida: Baluard

ACTUACIÓN DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

 Entrevista motivacional como elemento esencial para el abordaje del consumo de sustancias en AP



- Primera visita.
- •Se habría de preguntar y registrar la respuesta sobre consumo de drogas, tanto pasadas como en la actualidad a todas las personas Y valorar el **riesgo** que ese consumo supone para la salud.
- •Interrogar con posterioridad en función del paciente.
- Mensajes dirigidos a las personas que no consumen drogas (prevención primaria).
- Individualizar:
- •Recordar siempre: peligrosidad de viajar en un vehículo cuando quien conduce ha consumido drogas u ofrecer, en todo momento, la posibilidad de entregar información sobre drogas.
- •Informar sobre drogas no estimula el consumo.

SI HAY CONSUMO DE DROGAS: Valorar el riesgo

- •Ofrecer la posibilidad de realizar un análisis de sangre de tipo general con serologias de VHB, VHC, VIH y LUES;
- Vacunar tetanos y hepatitis A y B.

Uso esporádico, experimental...:

Reducción de riesgos; introducir el concepto de consumo responsable; Intervención breve Consumo problemático de drogas:

Dependencia: ofrecer ayuda, análisis, Intervención breve; derivación a centros especializados (CAS, centros de reducción de daños, programas libres de drogas)

Recomendaciones de actuación en la consulta de atención primaria

- Se habría de preguntar y registrar la respuesta sobre consumo de drogas, tanto pasadas como en la actualidad a todas las personas en una primera visita.
- Y si hay consumo valorar el **riesgo** que ese consumo supone para la salud.
- Interrogar con posterioridad en función del paciente.

- Mensajes dirigidos a las personas que no consumen drogas (prevención primaria). Individualizar:
- Recordar siempre: peligrosidad de viajar en un vehículo cuando quien conduce ha consumido drogas u ofrecer, en todo momento, la posibilidad de entregar información sobre drogas.
- No está demostrado que informar estimule el consumo.

► SI HAY CONSUMO DE DROGAS: Valorar el riesgo

-Ofrecer la posibilidad de realizar un análisis de sangre de tipo general con serologias de vhb, vhc, vih y lues;

-Vacunar tetanos y hepatitis A y B.

Uso esporádico, experimental...:

Reducción de riesgos;

Introducir el concepto de consumo responsable (No consumir solo, analizar lo que vas a consumir, no conducir...)

Intervencion breve

Consumo problemático de drogas: Dependencia:

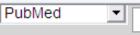
Ofrecer ayuda,

Análisis,

Intervencion breve;

Derivación a centros especializados (CAS, centros de reducción de daños, programas libres de drogas)





Advanced

Abstract ▼

Send to: ▼

J Consult Clin Psychol. 2011 Aug;79(4):433-40. doi: 10.1037/a0023992.

Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: a metaanalytic review.

Jensen CD1, Cushing CC, Aylward BS, Craig JT, Sorell DM, Steele RG.

Author information

Abstract

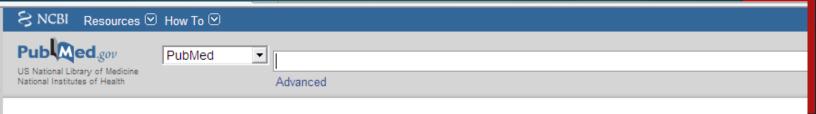
OBJECTIVE: This study was designed to quantitatively evaluate the effectiveness of motivational interviewing (MI) interventions for adolescent substance use behavior change.

METHOD: Literature searches of electronic databases were undertaken in addition to manual reference searches of identified review articles. Databases searched include PsycINFO, PUBMED/MEDLINE, and Educational Resources Information Center. Twenty-one independent studies, representing 5,471 participants, were located and analyzed.

RESULTS: An omnibus weighted mean effect size for all identified MI interventions revealed a small, but significant, posttreatment effect size (mean = .173, 95% CI [.094, .252], n = 21). Small, but significant, effect sizes were observed at follow-up suggesting that MI interventions for adolescent substance use retain their effect over time. MI interventions were effective across a variety of substance use behaviors, varying session lengths, and different settings, and for interventions that used clinicians with different levels of education.

CONCLUSIONS: The effectiveness of MI interventions for adolescent substance use behavior change is supported by this meta-analytic review. In consideration of these results, as well as the larger literature, MI should be considered as a treatment for adolescent substance use.

PMID: 21728400 [PubMed - indexed for MEDLINE]



Abstract

Send to:

▼

Cochrane Database Syst Rev. 2011 May 11;(5):CD008063. doi: 10.1002/14651858.CD008063.pub2.

Motivational interviewing for substance abuse.

Smedslund G1, Berg RC, Hammerstrøm KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, Karlsen K.

Author information

Abstract

BACKGROUND: There are 76.3 million people with alcohol use disorders worldwide and 15.3 million with drug use disorders. Motivational interviewing (MI) is a client-centred, semi-directive method for enhancing intrinsic motivation to change by exploring and resolving ambivalence. The intervention is used widely, and therefore it is important to find out whether it helps, harms or is ineffective.

OBJECTIVES: To assess the effectiveness of motivational interviewing for substance abuse on drug use, retention in treatment, readiness to change, and number of repeat convictions.

SEARCH STRATEGY: We searched 18 electronic databases, 5 web sites, 4 mailing lists, and reference lists from included studies and reviews. Search dates were November 30, 2010 for Cochrane Library, Medline, Embase and PsychlNFO.

SELECTION CRITERIA: Randomized controlled trials with persons dependent or abusing substance. Interventions were MI or motivational enhancement therapy. The outcomes were extent of substance abuse, retention in treatment, motivation for change, repeat conviction.

DATA COLLECTION AND ANALYSIS: Three authors independently assessed studies for inclusion, and two authors extracted data. Results were categorized into (1) MI versus no-treatment control, (2) MI versus treatment as usual, (3) MI versus assessment and feedback, and (4) MI versus other active treatment. Within each category, we computed meta-analyses separately for post-intervention, short, medium and long follow-ups.

MAIN RESULTS: We included 59 studies with a total of 13,342 participants. Compared to no treatment control MI showed a significant effect on substance use which was strongest at post-intervention SMD 0.79, (95% CI 0.48 to 1.09) and weaker at short SMD 0.17 (95% CI 0.09 to 0.26], and medium follow-up SMD 0.15 (95% CI 0.04 to 0.25]). For long follow-up, the effect was not significant SMD 0.06 (95% CI-0.16 to 0.28). There were no significant differences between MI and treatment as usual for either follow-up post-intervention, short and medium follow up. MI did better than assessment and feedback for medium follow-up SMD 0.38 (95% CI 0.10 to 0.66). For short follow-up, there was no significant effect . For other active intervention there were no significant effects for either follow-up. There was not enough data to conclude about effects of MI on the secondary outcomes.

AUTHORS' CONCLUSIONS: MI can reduce the extent of substance abuse compared to no intervention. The evidence is mostly of low quality, so further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate.

Comment in

Review: motivational interviewing reduces substance use compared with no treatment in substance-dependent individuals. [Evid Based Ment Health. 2011]

Drug Alcohol Depend, 2014 Sep 1;142:254-61. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.06.034. Epub 2014 Jul 4.

Effect of a primary care based brief intervention trial among risky drug users on health-related quality of life.

Baumeister SE¹, Gelberg L², Leake BD³, Yacenda-Murphy J³, Vahidi M³, Andersen RM⁴.

Author information

Abstract

BACKGROUND: Improvement in quality of life (QOL) is a long term goal of drug treatment. Although some brief interventions have been found to reduce illicit drug use, no trial among adult risky (moderate non-dependent) drug users has tested effects on health-related quality of life.

METHODS: A single-blind randomized controlled trial of patients enrolled from February 2011 to November 2012 was conducted in waiting rooms of five federally qualified health centers. 413 adult primary care patients were identified as risky drug users using the WHO-ASSIST and 334 (81% response; 171 intervention, 163 control) consented to participate in the trial. Three-month follow-ups were completed by 261 patients (78%). Intervention patients received the QUIT intervention of brief clinician advice and up to two drug-use health telephone sessions. The control group received usual care and information on cancer screening. Outcomes were three-month changes in the Short Form Health Survey (SF-12) mental health component summary score (MCS) and physical health component summary score (PCS).

RESULTS: The average treatment effect (ATE) was non-significant for MCS (0.2 points, p-value=0.87) and marginally significant for PCS (1.7 points, p-value=0.08). The average treatment effect on the treated (ATT) was 0.1 (p-value=0.93) for MCS and 1.9 (p-value=0.056) for PCS. The effect on PCS was stronger at higher (above median) baseline number of drug use days: ATE=2.7, p-value=0.04; ATT=3.21, p-value=0.02.

CONCLUSIONS: The trial found a marginally significant effect on improvement in PCS, and significant and stronger effect on the SF-12 physical component among patients with greater frequency of initial drug use.

Copyright © 2014 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

KEYWORDS: Brief intervention; Illicit drug use; Primary care clinics; Quality of life; Screening

- A veces es dificil valorar y evaluar el riego del consumo de drogas.
- Herramienta ASSIST
- ► CAST, SDS, DSM-V...

▶ 7 preguntas

Pregunta 1. Al llarg de la teva vida, quina de les substàncies següents <i>has consumit alguna vegada</i> (no compten els medicaments amb recepta)?							
a. Productes del tabac (cigarretes, tabac de mastegar, cigars, etc.)							
b. Begudes alcohòliques (cervesa, vi, licors, etc.)							
c. Cànnabis (marihuana, porros, herba, haixix, etc.)							
d. Cocaïna (coca, <i>crack</i> , etc.)							
e. Estimulants del tipus amfetamina (speed, amfetes, èxtasi, etc.)							
f. Inhalants (òxid nitrós, cola, benzina, diluent de pintura, etc.)							
 g. Sedants i pastilles per dormir (diazepam, alprazolam, flunitrazepam, midalzolam, etc.) 							
h. Al·lucinògens (LSD, àcid, bolets, tripis, ketamina, etc.)							
i. Opioides (heroïna, morfina, metadona, <u>buprenorfina</u> , codeïna, etc.)							
j. Altres drogues (especifiqueu-les):							

Si el pacient respon "no" a totes les preguntes, cal preguntar-los: "Ni tan sols quan anaves a l'institut?"

Si s'obté un "no" en tots els apartats, es pot donar per acabada l'entrevista.

Si s'obté un "sí" en alguna d'aquestes substàncies, feu la P2 per a les substàncies que el pacient ha consumit alguna vegada.

El tipus d'intervenció ve determinat per la puntuació que obtingui el pacient per a cada substància determinada

	Puntuació per a cada substància	No cal intervenció	Cal intervenció breu	Cal un tractament més intensiu
a. Tabac		0-3	4-26	> 27
b. Alcohol		0-10	11-26	> 27
c. Cànnabis		0-3	4-26	> 27
d. Cocaïna		0-3	4-26	> 27
e. ATS		0-3	4-26	> 27
f. Inhalants		0-3	4-26	> 27
g. Sedants		0-3	4-26	> 27
h. Al·lucinògens		0-3	4-26	> 27
i. Opioides		0-3	4-26	> 27
j. Altres drogues		0-3	4-26	> 27

Ara, heu de fer servir el full d'avaluació de l'ASSIST per començar la intervenció breu.

CAST (Cannabis abuse screening test)

Deteccion consumo problemático de cannabis

CAST

¿Con qué frecuencia te ha ocurrido algo de lo que se describe a continuación en los últimos 12 meses?

Pon una 'X' en un cuadrito de cada fila. En total has de poner 6 "X", porque hay 6 filas de cuadritos.

	Nunca	Raramente	De vez en cuando	Bastante a menudo	Muy a menudo
¿Has fumado <i>Cannabis</i> <u>antes</u> <u>del mediodía</u> ?	1	2	3 🗆	4	5 🗆
¿Has fumado Cannabis estando solo/a?	1	2 🗆	3 🗆	4	5 🗆
3. ¿Has tenido <u>problemas de</u> <u>memoria</u> al fumar <i>Cannabis</i> ?	1	2 🗆	3 🗆	4	5 🗆
4. ¿Te han dicho <u>los amigos o</u> <u>miembros de tu familia</u> que deberías reducir el consumo de Cannabis?	1	2 🗆	3 🗆	4□	5 🗆
 ¿Has intentado reducir o dejar de consumir Cannabis sin consequirlo? 	1	2 🗆	3 🗆	4 🗆	5 🗆
6. ¿Has tenido problemas <u>debido</u> <u>a tu consumo</u> de <i>Cannabis</i> (disputa, pelea, accidente, mal resultado escolar, etc.)? ¿Cuáles?://	1 🗆	2 🗆	3□	4□	5 🗆

http://www.pnsd.msc.es/Categoria 2/observa/pdf/CuestionarioEstudes 2006.pdf

Mayor de 4

IDEAS DE COMUNICACIÓN EN PACIENTES "EXIGENTES" (trucos)

- 1-. Evitar:
- No escuchar;
- Responder a la agresividad con agresividad;
- ▶ Interrogatorio;
- Justificar/derivar (esto solo traspasa el problema);
- Trabajar en el lugar del Paciente (salvarlo...)

2-. Recomendaciones gestión agresividad en un paciente con una crítica injustificada ó para rechazar una petición;

- Se ha de escuchar, diga lo que diga, sin interrumpirle (cada interrupción le da motivos para seguir con la crítica. Una persona que crítica sin parar y no se le interrumpe, si no hay patología, los estudios dicen que se agota en unos dos min);
- No usar excusas ni derivar;
- Intentar, de todo su discurso, quedarme con algo que tenga razón;
- Usar técnica del disco rayado si el paciente es muy insistente: Consiste en repetir la propia posición con firmeza, pero cada vez con mayor amabilidad. En caso contrarío puede subir cada vez más la tensión.

- Posición Down; ante un paciente colérico, que cada vez eleva más el tono de voz, repetir lo mismo con amabilidad, y en tono ligeramente más bajo cada vez.
- Revelación de si mismo: Si no hay un nivel de comunicación adecuado; se introduce un sentimiento subjetivo: "Lamento que se lo tome a nivel personal, pero en ningún caso..."
- Usar técnica de la niebla. Se recomienda ante la generalización, la mala fe o cuando no se desea prolongar más la discusión: "En efecto es posible que a veces puede ser que no sea muy buen medico";
- Intentar ofrecer un compromiso; que puede ser una solución intermedia; donde estén marcados las reglas de juego, y donde el usuario tenga unos derechos, pero también unos deberes.

- Haya sido como haya sido la conversación y el acuerdo, no hemos de olvidar nunca que somos profesionales, y hemos de despedirnos de la forma más cordial posible; dejando la puerta abierta a otra posible visita.
- NUNCA caer en el chantaje emocional de: "como no me des... y me pase algo será culpa tuya"; El problema lo tiene el usuario, y nosotros le vamos a intentar ayudar, acompañándole en su trabajo, no haciéndolo en su lugar.
- Es muy frecuente que durante la conversación con una persona consumidora de sustancias, nos traspase su problema y acabemos pensando que el problema lo tenemos nosotros.

BIBLIOGRAFIA

- www.energycontrol.es
- ► http://www.drugabuse.gov/es
- www.fad.es
- www.projectehome.org
- ▶ Comentarios de usuarios de drogas

Guía de actuación en drogras emergentes para Servicios de Urgencias

http://www.fetoc.es/asistencia/Guias_urg_intox_drogas.pdf

- Psychonaut Web Mapping Project: http://www.p2002.sgul.ac.uk/index.php
- Plan Nacional sobre Drogas: http://www.pnsd.msc.es/Plan Nacional sobre Drogas: http://www.pnsd.msc.es/
- ▶ www.coffeesh0p.com
- www.azarius.net

- ▶ Burillo-Putze G, Climent García B, Medina L, Toledo A. Las smart-drugs: un nuevo reto clínico en urgencias y emergencias. Emergencias. 2010;22:472-80.
- ► http://www.elsevier.pt/es/revistas/medicina-clinica-2/artigo/nuevas-drogas-sintesis-ilegal-highs-i-espana-2010-2012--90186276
- ► <u>J Gen Intern Med.</u> 20.2.2014. Emergence of New Classes of Recreational Drugs-Synthetic Cannabinoids and Cathinones. <u>Khullar V 1</u>, <u>Jain A</u>, <u>Sattari M</u>.

- ► Reducción de Riesgos (43)
- ► Prevención y similares (22)
- ► Colectivos y webs orientados al usuario (24)
- ▶ <u>Blogs</u> (17)
- ► <u>Foros</u> (6)
- ► Revistas, libros, editoriales (14)
- **▶** <u>Ocio</u> (7)

MUCHAS GRACIAS