ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA DE FAMILIA

Drogas de uso y abuso. Mitos, realidades y aspectos prácticos en la consulta de Atención Primaria

P. Martínez-Mateo^a, M.J. Bustos-Fonseca^b y M. Lorente Miñarro^a

^aPediatra del Equipo de Atención Primaria de los Alpes. Área 4. Madrid. España.

^bPediatra del Equipo de Atención Primaria de Vandiel. Área 1. Madrid. España.

El término *pharmakon* significa remedio y veneno. Que apliquemos un sentido u otro al término depende del grado de pureza, de la dosis y las modalidades de empleo, de las condiciones de acceso y las pautas culturales de consumo, junto al estado físico, emocional, mental y espiritual de quien lo consume.

Cada cultura tiene sus drogas permitidas y sus drogas prohibidas, controladas o para el uso de unos pocos. Los términos ilegal, prohibido y de consumo restringido no son exclusivos de nuestra época. En la actualidad, lo que sí se evidencia es una edad de inicio más temprana y cambios en los patrones de consumo, básicamente por la mayor variedad de sustancias en nuestro entorno y más accesibilidad. El tabaco y el alcohol siguen siendo las que más problemas de salud generan en nuestro medio, el cannabis es la droga ilegal más prevalente y la cocaína la que más demandas de atención médica requiere.

Este artículo no abordará las drogas legales, no es tampoco un estudio exhaustivo de las ilegales, ni pretende entrar en definiciones o tratamientos. Se trata de abordar el tema desde un punto de vista racional, poniendo al alcance del médico una perspectiva práctica del porqué se llega al consumo, qué términos se usan en la calle y por qué están en auge estas sustancias entre los jóvenes.

Palabras clave: drogas, adolescentes, cannabis, cocaína, opio, drogas de síntesis.

The term *pharmakon* means remedy and poison. Whether it is considered a remedy or poison depends on the level of purity, the dose and how it is used, accessibility conditions and how its consumption is accepted culturally along with the consumer's physical, mental, emotional and spiritual condition.

Every culture has its own permitted and prohibited drugs, that are controlled or only for the use of a few. The terms illegal, prohibited and restricted use are not new to this era. What is currently being seen is that there are some changes taking place in the consumption patterns, basically because of the wide variety of substances available all around us, easier access and younger age of initiation. Tobacco and alcohol continue to be the principal cause of health problems in our environment. Cannabis is the most prevalent illegal drug and cocaine is the drug that generates the most need for medical attention.

This article does not discuss illegal drugs, nor is it a comprehensive study of illegal drugs. We will not go into definitions and treatments, it is our attempt to broach the subject from a rational standpoint allowing doctors to have a practical perspective as to how we have reached this point, what are the current street terms and why it is currently so popular amongst our youth.

Key words: drugs, adolescents, cannabis, cocaine, opium, designer drugs.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es la etapa en la que se forma la identidad individual, el momento de experimentar y esto podría incluir probar sustancias psicoactivas. Los primeros consu-

mos en España se producen con drogas legales (las edades medias de inicio de consumo de tabaco y alcohol son los 12 y los 15 años, respectivamente) y sucesivamente se entra en contacto con los derivados del cannabis. Llama la atención que el 1,6% de los chicos de 14 años sea consumidor habitual de fármacos tranquilizantes sin prescripción médica. El resto de las drogas, epidemiológicamente hablando, son poco prevalentes en esta población¹.

Ha cambiado el patrón y la intencionalidad de uso, asociado sobre todo al ocio. En 2005, la Encuesta Doméstica sobre Alcohol y Drogas en España reflejó una caída

Correspondencia: P. Martínez-Mateo.
Equipo de Atención Primaria de los Alpes. Área 4.
C/ Suecia, 62.
28022 Madrid. España.
Correo electrónico: pamartinezmateo@msn.com

Recibido el 1-10-08; aceptado para su publicación el 3-10-08.

del número de fumadores y un mayor consumo de cocaína que en los países de nuestro entorno. Sin embargo, los datos de 2006 revelan que el consumo de tabaco, cannabis y cocaína está disminuyendo². De la mitad a las tres cuartas partes de los adolescentes han probado una droga ilegal en algún momento de su vida, y entre ellos, el 20-40% más de una. Un tercio de la población adulta (15-65 años) apoya la legalización y una quinta parte cree que las drogas pueden probarse³.

Las características de la situación que describen los políticos son un aumento del consumo, disminución de la percepción del riesgo, mayor accesibilidad, disminución o estabilización de la edad de inicio y aumento de los daños sobre la salud⁴. El coordinador del Proyecto Hombre de 2007 expuso ante las Cortes Generales que de cada 100 adolescentes españoles, solo 32 rechazan las drogas, mientras 68 aceptan su uso (un 43% sólo para explorar, en un 25% supondría un consumo de riesgo). Es difícil hablar de adicciones en población joven, pero sí de usos abusivos asociados al fin de semana, al ocio y la diversión. El adolescente que busca la droga es un joven impulsivo, con baja tolerancia a la frustración, transgresor de la norma, buscador de sensaciones, con baja autoestima, escasas estrategias para afrontar los problemas más nimios de la vida cotidiana y con antecedentes familiares de consumo en un 37%^{4,5}. El porqué se puede llegar al abuso/dependencia es un problema multifactorial, en el cual, además de las presiones del grupo (tan importantes en la adolescencia), están la facilidad de acceso y el relativo bajo precio de las drogas, así como las experiencias previas y la susceptibilidad genética. Las familias que mantienen una estructura y tienen una serie de valores y cohesiones intrafamiliares son las que mejores protecciones desarrollan. El problema no es el agente, sino el individuo, y sobre él se ha de actuar fundamentalmente⁴.

La formación recibida por los médicos de Atención Primaria sobre el uso de drogas con carácter no curativo es escasa, y el interés individual de cada cual es el que le lleva a saber cómo abordar estos problemas. Los pediatras, como grupo, puede que todavía estén menos habituados.

Justificación

El presente artículo se ha elaborado como resultado de una búsqueda orientada al abordaje del consumo de drogas ilegales en el entorno sociocultural actual. Es posible que conocer las razones del consumo sea la mejor estrategia para ayudar a desmantelar las expectativas que tiene el posible o real consumidor. Para ver, hay que saber mirar, y las preguntas de partida han sido: ¿por y para qué se usan las drogas?, ¿cuánto?, ¿cuándo?, ¿cuáles?, y a nivel más práctico, si se plantea un caso, ¿qué hacer? Deseamos que este trabajo no quede en un simple: “no las use porque son malas” o, si ya las usa: “hay que derivar a tal o cual servicio”.

Metodología

Para responder al cuánto, cuándo y qué drogas se usan, los puntos de partida han sido la página web del Ministerio de

Sanidad y Consumo (biblioteca-publicaciones), donde se encuentra el Plan Nacional sobre Drogas, y la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. a través de PubMed y las palabras clave que aparecen referidas previamente. En la biblioteca de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas se encuentran, entre otros, las memorias de dicho Plan desde 1996, el plan de Acción 2005-2008, datos epidemiológicos y la Estrategia Nacional sobre Drogas. De gran utilidad para el presente trabajo ha sido el listado de publicaciones dirigidas a la ciudadanía (las usadas en este resumen están referenciadas en la bibliografía).

También se han realizado búsquedas en Google con los términos habituales usados por los adolescentes y sugeridos en las fuentes anteriormente citadas (*porro, coca, pasti, heroína*), desde donde se han extraído frases y otros múltiples términos que aparecen reflejados en el texto.

En las tablas 1, 2 y 3 se exponen de manera resumida las principales sustancias a las que se refiere el presente artículo, así como las características más relevantes de las mismas.

CANNABIS SATIVA (hachís, marihuamana, maría, chocolate, porro, canuto, costo)

¿Qué creen los adolescentes sobre el mismo?

Lo más probable es que un adolescente esté convencido de que es un producto natural, una droga ecológica, la sustancia de la paz y el relax, “se consume porque está prohibido”, “tiene efectos terapéuticos”, “lo usan los médicos para tratar algunas cosas”, “su consumo puede controlarse”, “no produce adicción y es menos perjudicial que el tabaco”⁶.

¿Dónde se informan?

Un amigo le podrá decir a otro que si fuma cannabis sentirá que: “Las ideas cobran una fisonomía nueva y extraña... segunda fase de frescor en las extremidades... los sentidos adquieren una finura y agudeza extraordinaria, se ve el infinito... no sólo se percibe el color sino música adecuada al color, se transforman formas en sonidos...” (estas frases están recogidas de páginas web de acceso no restringido).

Buscan información en Internet. El 62% de las páginas web de organizaciones no gubernamentales se muestran favorables a su consumo (esto ocurre solo en el 18% para otras drogas)³.

Punto de partida

El cannabis es el psicoactivo que más leyendas y experiencias artísticas ha proporcionado. En Nepal y Tibet se usa desde tiempos inmemoriales para la meditación. En África se usó como fuente de placer y fines religiosos mucho antes de la llegada de los europeos, también hubo usos curativos. Hace 3.000 años la India tuvo su era “psicodélica”. Había tantos sadhus (ascetas errantes que usaban el bhang para soportar lo humano y concentrarse en lo divino) que Buda lo incluyó entre las cinco cosas prohibidas. Ha sido utilizado por muchas sectas y ceremonias, como

Tabla 1. Drogas “clásicas” de empleo más común

Nombre	Nombres alternativos	Presentación	Vía administración	Efectos deseados	Efectos negativos	Síndrome abstinencia
Alcohol	Priva, litrona, botellón	Líquido	Oral	Depresor	Adicción. Daños orgánicos múltiples, incluidos daños al feto. Riesgo de accidentes. Conducta agresiva y violenta	Temblores, irritabilidad. Delirium
Tabaco	Pito, pitillo	Cigarrillos, puros, tabaco de liar o para pipa	Fumada e inhalada (en el caso de los fumadores pasivos)	Estimulante	Adicción. Cáncer, enfermedades broncopulmonares y cardiovasculares	Irritabilidad, ansiedad
Cannabis	Hierba, maría, chocolate, porro, canuto, costo	Hachís: pasta marrón. Marihuana: hojas trituradas. Aceite de hachís: líquido oleoso	Fumada, inhalada, oral	Psicodisléptico. Produce relajación, risa floja, locuacidad, desorientación y conjuntivas enrojecidas	Adicción. Cáncer, enfermedades broncopulmonares y cardiovasculares	Recientes estudios apuntan a la existencia de un síndrome caracterizado por ansiedad, insomnio e irritabilidad
Cocaína	Coca, nieve, blanca, farlopa, perico. Crack (cocaína en forma de base)	Polvo blanco. En el del crack, se presenta en forma de piedras o cristales	Oral, intranasal, fumada, inhalada, inyectada	Estimulante. Provoca hiperactividad, aumento de la energía, insomnio, hipertensión, pérdida de apetito y pupilas dilatadas	Adicción. Alteraciones de memoria y aprendizaje. Desmotivación y posibles alteraciones psiquiátricas	Insomnio o somnolencia, irritabilidad, agitación, tendencia a la violencia y a la actuación en «cortocircuito»
Heroína	Caballo, jaco, nieve, pico, chino	Polvo blanquecino, pardo o marrón. En ocasiones, líquido	Inyección intravenosa o subcutánea. Nasal, fumada	Depresor. Produce inactividad, aturdimiento y en un primer momento sensación de placer	Adicción. Trastornos psiquiátricos, coronarios y cerebrovasculares. En el caso del crack, la adicción es muy rápida	Ansiedad, malestar general, dolores, náuseas o vómitos, diarrea, fiebre, dilatación pupilar

los hassassins, famosa por los asesinatos bajo sus efectos. Según el que lo utiliza, proporciona éxtasis místicos, diabólicos o eróticos.

Se extendió desde Oriente Medio a Europa en el siglo XVIII. El origen del aceite es del siglo XIX, es una modalidad europea. Existió el “Club del Hachís” y Delacroix, Gautier, Nerval, Víctor Hugo, Dumas y Balzac pertenecieron a él. Los soldados de Pancho Villa lo usaban habitualmente y desde ahí entró a EE.UU. En la era seca estadounidense la marihuana era más barata que el alcohol.

Situación actual

Se distribuye en forma de marihuana o hierba, que son hojas secas y pequeños tallos. El contenido de tetrahidrocannabinol (THC) o principio activo es del 5-10%. El hashish o hash que se obtiene a partir del prensado de la resina es un trozo marrón conocido como chocolate, china o polen y contiene un 20% de THC (un porro o canuto es la mezcla de tabaco con la china y el que lo ha consumido está “colocado” o “emporrado”). El aceite de cannabis o aceite de hashish es la mezcla de la resina con alcohol o acetona, con un contenido en THC por encima del 85%.

Es la droga ilegal más extendida en el mundo (en 2003 la Organización de las Naciones Unidas [ONU] estimó que el 4% de la población adulta mundial lo había consumido el año anterior)⁷. En España, en 2004 a los 14 años habían fumado alguna vez cannabis el 20,3%, 18% en el último año y 10,3% en el último mes (esto último está en relación con consumo habitual). A los 18 años estos porcentajes son respectivamente del 63,1%, 53,2% y 36,3%¹.

España está entre los cinco países con mayor prevalencia de consumo de cannabis a lo largo de la vida⁸, tiende a ser ocasional o a interrumpirse con el tiempo⁹. Es más frecuente en varones y en zonas urbanas¹⁰. En jóvenes de 14 a 18 años, la Encuesta Estatal Escolar 2006 muestra una tendencia descendente de consumo frente a años anteriores. La mayoría son policonsumidores (alcohol y tabaco)⁶. El cannabis puede actuar como droga inductora al consumo de otras drogas (teoría de la “puerta de entrada”)¹¹.

La Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) de 2004 revela que el 71,8% de los estudiantes consideraban que era fácil o muy fácil disponer de esta droga⁷ y atribuían al consumo de cannabis

Tabla 2. Principales drogas de síntesis

Nombre	Nombres alternativos	Presentación	Vía de administración	Efectos deseados	Efectos negativos	Síndrome de abstinencia
Éxtasis (MDMA)	Pastis, pastillas, droga del amor	Comprimidos de distintas formas y colores. Cápsulas	Oral	Estimulante/psicodisléptico. Produce hiperactividad, mayor sociabilidad, aumento de temperatura, disminución de fatiga	Destrucción de neuronas. Golpe de calor y deshidratación. Posibles problemas de hígado y riñón	Pueden aparecer síntomas como fatiga, tensión muscular o irritabilidad relacionados con síntomas subagudos psiquiátricos que no tienen que ver con el síndrome de abstinencia
Metanfetamina	Speed, meth, chalk, ice, crystal	Polvo blanco	Oral, fumada, o inyectada inhalada	Estimulante. Disminución de la sensación de fatiga. Euforia intensa (flash)	Taquicardia. Hipertensión. Arritmias. Convulsiones. Estados psicóticos (paranoias, alucinaciones, delirios)	Depresión, ansiedad y agotamiento físico
Gammahidro-xibutirato (caso GHB)	Éxtasis líquido	Habitualmente en forma líquida. A veces, polvo cristalino	Oral	Depresor/psicodisléptico. Relajación, deseo de comunicación, ideas delirantes y alucinaciones	La relación dosis/efectos es impredecible. Depresión respiratoria, cefalea y coma	Insomnio, temblores, sudoración, ansiedad si se suspende el consumo habitual
PCP o fenciclidina	Polvo de ángel	Polvo blanco soluble, tabletas, cápsulas	Oral, inhalada, fumada	Depresor/psicodisléptico. Adormecimiento extremidades, distorsión de las percepciones visuales y auditivas	Paranoia, alucinaciones delirio. Despersonalización, conductas violentas y autodestructivas	
Ketamina	Especial K	Líquido, polvo, etc.	Inyectada, inhalada	Depresor/psicodisléptico. Dificultad para hablar y pensar. Viaje psicodélico	Ansiedad. Paranoia. Parada cardiorrespiratoria	
Poppers o nitrato butílico	Poppers	Líquido inhalable	Inhalada	Depresor. Desinhibición, disminución del control	Hipotensión, taquicardia, espasmo coronario. «Muerte súbita por inhalación»	
M-CPP	Tiburón, lacoste, mitsubishi, versace, rolls-royce	Comprimidos, polvo	Oral	Estimulante y alucinógeno	Náuseas, dolor abdominal, dolor de cabeza, daño renal, comportamiento psicótico, brotes de violencia, etc.	

Tabla 3. Otras drogas

Nombres	Nombres alternativos	Presentación	Vía de administración	Efectos deseados	Efectos negativos
LSD	Ácido, tripi	Sellos de papel, tabletas, cápsulas, tiras de gelatina	Oral	Psicodisléptico Cambios emocionales rápidos e intensos. «Viaje psicodélico»	«Mal viaje». «Flashback». Trastorno de ansiedad, depresivo y psicótico
Setas	Hongos alucinógenos (Psilocibina y Psilocina)	Polvo, cápsulas y <i>smell bags</i> (bolsa para oler)	Oral	Psicodisléptico Euforia y «viaje psicodélico»	Despersonalización. Alucinaciones y delirios. Crisis de pánico
Sustancias volátiles	Colas, pegamentos, gasolina	Barras, spray, líquido	Inhalación de vapores	Euforia, somnolencia y confusión	Fatiga, disminución de la memoria, depresión, agresividad, daños orgánicos múltiples

pérdidas de memoria, un 15,8% dificultades para trabajar o estudiar, un 14,3% tristeza, ganas de no hacer nada o depresión, un 10% faltar a clase; esto podría relacionarse con el hecho de que España sea uno de los países de la

Unión Europea con una tasa de fracaso escolar más alta (datos del distrito Retiro de Madrid muestran que los consumidores habituales en el recreo tienen un fracaso escolar del 75% frente a un 20% de los no consumidores)⁴.

En otras palabras: desestructuración personal y social, problemas laborales y de salud. El uso diario y prolongado produce deficiencia en la memoria, en la atención, en la capacidad psicomotora y en la velocidad de procesamiento de la información¹². El consumo crónico de cannabis se asocia al síndrome amotivacional (disminución de la iniciativa, del interés por el medio, por los compañeros y por progresar)³.

Efectos

El cannabis fumado produce efectos inmediatamente, que duran de dos a tres horas. El THC llega al cerebro rápidamente, atraviesa la placenta, se acumula en la leche materna y se une a la grasa corporal. Tras el consumo de un porro se podrá detectar su metabolito a la semana del consumo⁷.

El sistema cannabinoide endógeno realiza funciones relacionadas con el comportamiento, el aprendizaje, la gratificación, la ingesta de comida, el dolor, las emociones, etc. La borrachera cannábica produce relajación, somnolencia, sensación de lentitud en el paso del tiempo, desinhibición, alegría desmedida, enrojecimiento ocular, aumento del ritmo cardiaco y de la tensión arterial, sequedad de boca, percepción distorsionada, disminución del tiempo de reacción y de la atención, dificultades para pensar y solucionar problemas y dificultad de coordinación. Todos estos efectos, en menor medida, seguirán estando presentes días después (acumulación del THC en la grasa cerebral), por tanto, accidentes de tráfico, laborales o de cualquier índole, sin consumo reciente, pueden tener su base en consumos del fin de semana. Horas después de consumir, el riesgo de colisión con el coche es tres veces superior¹³.

Entre el 7 y el 10% de los que lo prueban “se enganchan”¹⁴. A largo plazo produce trastornos emocionales: ansiedad y depresión, trastorno de la personalidad con irritabilidad, agresividad, inquietud, disminución del apetito y del sueño, que ceden con el consumo. Aumenta más de cinco veces el riesgo de sufrir psicosis, sobre todo entre los más jóvenes, más cuanto más regular es su uso y mayor el consumo. Este es más prevalente entre esquizofrénicos⁷.

El consumo de cannabis en la adolescencia produce cambios neurobiológicos durante la maduración cerebral, lo que provoca más trastornos mentales, mayor consumo de drogas en la edad adulta y más dificultad para su abandono^{15,16}.

Una embarazada que consuma tendrá más posibilidades de tener un hijo con bajo peso al nacer y trastorno por déficit de atención e hiperactividad⁷.

Posibles usos terapéuticos⁷

No es tratamiento de elección en ninguna patología.

Se usa en la prevención y tratamiento de náuseas y vómitos secundarios al tratamiento neoplásico, por vía oral, en EE.UU., Reino Unido y Canadá: dronabinol (Marinol®-THC sintético), nabilona (Cesamet®-THC). Mejora el apetito en la anorexia y caquexia del sida y del cáncer

terminal, utilizándose por vía oral en EE.UU. (Dronabinol®). Se ha autorizado el Sativex® para la esclerosis múltiple, spray de uso en mucosa oral en Canadá. También podría tener aplicaciones en el tratamiento del dolor neuropático y en el control de la espasticidad muscular.

Tratamiento de la dependencia

Generalmente los consumidores lo perciben como inocuo, por ello no suelen pedir ayuda y si lo hacen lo más frecuente es que sea por pérdida de motivación (84%), sensaciones paranoides (78%) o por problemas respiratorios (86%). Hay tratamientos psicológicos que son eficaces, pero es difícil que se consiga la adhesión. No hay tratamientos farmacológicos para la dependencia⁷. Si desencadena ataques de pánico o ansiedad se pueden usar benzodiazepinas, y si origina delirio o síntomas psicóticos sería útil la hospitalización breve¹¹.

COCAÍNA, COCA (perico, farlopa, merca, dama blanca, nieve)

¿Qué creen los adolescentes sobre la misma?

Que “la cocaína da marcha”, “mejora las relaciones con los demás porque ayuda a desinhibirse”, “las relaciones sexuales bajo sus efectos son mejores”, “es menos peligrosa que otras sustancias”, “es fácil de controlar”. Probablemente también creerán que no pasa nada si solo se consume los fines de semana⁶.

Punto de partida

La coca es un arbusto que crece espontáneamente en Perú y Bolivia. Tradicionalmente las hojas secas se masticaban. Fue usada por los incas como sustancia sagrada ya que produce euforia, permite soportar esfuerzos, apaga el hambre y la sed. Fue prohibida por los españoles. Se expandió en Europa en el siglo XIX y fue aislada por Nieman y Wahler en 1860, quienes la usaron como anestésico local. La popularizó Mariani, que elaboró un vino con esta sustancia al que se habituaron la reina Victoria, el zar Alejandro II, el presidente de EE.UU. McKinley, Edison, Verne, Zola, el papa León XIII, Sherlock Holmes y su creador, Conan Doyle, etc. Freud vio en ella una panacea, pero rectificó en sus últimas publicaciones. A principios del siglo XX estaba de moda entre la bohemia parisina. En los años sesenta y setenta empezó a ser la “droga del ejecutivo”. En los años ochenta se impulsó su consumo por considerar que era menos nociva que la heroína, y por entonces apareció el crack. Es la principal fuente de financiación de los grupos armados de Latinoamérica y actualmente se ha extendido su cultivo a Chile, Argentina, Colombia, Camerún, India, Indonesia, etc.

Situación actual

Es la segunda droga ilegal más consumida en España y la que genera más demanda de tratamiento. Los admitidos a tratamiento en 2005 fueron 117,2 por 100.000 habitantes: 1 de cada 6 era mujer, la mayoría no había terminado los estudios secundarios y vivía de forma convencional. El doble de los consumidores era varón. Según datos de la

Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España durante el período 2005-2006, la cocaína es la causa del 62,1% de las primeras consultas al médico por problemas con las drogas y el 63,4% del total de ingresos en urgencias. Dicha encuesta situó en un 3% la prevalencia del consumo de cocaína entre los españoles de 15 a 64 años y encontró que entre los 14 y 18 años de edad, la prevalencia del consumo anual de cocaína en 2004 “se multiplicó por cuatro respecto al año base, 1994”, siendo el 7,2% en 2004 frente al 1,8% diez años antes.

Se usa con intención recreativa, tiene cierta imagen de *glamour* y es la droga más atractiva. La edad media de inicio de consumo es 15,4 años. La mayoría de los individuos que la usan de forma habitual son policonsumidores: alcohol, cannabis y tabaco².

La *cocaína en polvo* o clorhidrato de cocaína es la más habitual y se usa por vía inhalada (se esnifa). Inicia su acción rápidamente y su efecto dura de dos a tres horas. A veces se inyecta, en ocasiones mezclada con heroína: *speed-ball* (*pelotazo*). El *basuko* o pasta de coca (sulfato de cocaína) se fuma mezclado con tabaco o cannabis. El *crack* o cocaína base tiene una acción intensa, rápida y corta, por lo que resulta muy adictiva. Las dos últimas presentaciones son poco usadas en España.

Efectos

Aumenta la actividad del sistema neurotransmisor dopaminérgico: estado de excitación motora, euforia y sensación de aumento de la energía. El individuo se siente más alerta, con más agudeza mental, se cree más inteligente. Aumenta la capacidad de atención y de concentración. Disminuye la necesidad de dormir y el apetito. Aumenta la frecuencia cardíaca, respiratoria, la tensión arterial y la temperatura. Produce dilatación pupilar (pupilas dilatadas pero reactivas).

Modifica los circuitos responsables de la gratificación y el placer, su uso continuado reduce la capacidad de experimentar placer de forma natural (sexo, comida, etc.), disminuye la sensibilidad a gratificaciones y emociones¹⁷.

Puede provocar trastornos psíquicos como ideas paranoides (persecución, grandeza), sensaciones anormales como “insectos arrastrándose por debajo de la piel”, depresión, cambios bruscos en el estado de ánimo, irritabilidad, agresividad, crisis de ansiedad, insomnio y psicosis cocaínica¹⁸.

Tratamiento¹⁸

Para las intoxicaciones agudas preferentemente se usan las benzodiacepinas, sin olvidar que pueden llegar a requerir reanimación o ingreso en Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI). Los efectos adversos graves son más probables si se mezcla con otras drogas, pudiendo producir desde arritmias a hemorragias cerebrales, infartos, crisis convulsivas, insuficiencia renal e incluso fallo metabólico generalizado. El fármaco más usado para las convulsiones es el diacepam; para las taquiarritmias, propanolol; neurolépticos para la psicosis; también habrá que tratar la hipertermia.

Si hay intoxicación asociada al consumo de heroína (*pelotazo*) puede ser necesario el uso de naloxona.

En la deshabitación se requiere psicoterapia de prevención de recaídas con técnicas conductuales y cognoscitivas, buscando el refuerzo negativo de las consecuencias del consumo. También son útiles los grupos de autoayuda y el uso de fármacos que eviten el *craving* (necesidad imperiosa de consumo): agonistas dopaminérgicos (amantadina y bromocriptina, buscando una tolerancia cruzada para mejorar el estado de ánimo), antidepresivos tricíclicos (por su efecto antagonista dopaminérgico, se busca disminuir el efecto euforizante de la cocaína ayudando al correcto cumplimiento del tratamiento, pero producen disforia), anticomiciales (carbamazepina y lamotrigina). Otros tratamientos propuestos son: litio, estimulantes del sistema nervioso central (metilfenidato), precursores de neurotransmisores (L-tirosina), entre otros.

OPIO, OPIÁCEOS (heroína, caballo, potro, jaco, reina, azúcar moreno, pico)

¿Qué creen los adolescentes sobre el mismo?

“El drogadicto de heroína da pena”, “es del pasado”, “es un delincuente, enfermo y marginado”. “Si se fuma se puede controlar”⁶.

Punto de partida

El opio lleva 40 siglos mitigando el dolor humano y desde un principio uno de sus usos fue como euforizante. El Corán prohíbe el uso del alcohol, y sin embargo no menciona algo tan habitual en aquella época como el opio. El cristianismo prohibió la planta en Occidente. En Oriente se siguió usando de forma habitual. En el siglo VII los turcos empiezan a fumarlo y así se extendió hasta China.

La medicina moderna aumentó la eficacia del opio. En el siglo XVI Paracelso la disolvió en alcohol, apareciendo el láudano. En el siglo XVII Sydenhann mejoró la fórmula e Inglaterra triplicó las importaciones. En aquella época todos los fármacos para niños lo contenían y se usó en la infancia igual que en el antiguo Egipto, China e India: para tranquilizar.

Sertürner comenzó a usar la morfina de forma regulada en tratamientos sanitarios en 1805. La codeína surgió en 1832. La aguja hipodérmica apareció en 1853, disminuyendo los efectos secundarios, lo que contribuyó a popularizar y expandir su uso. A finales del siglo XIX un *buen pico* era la moda entre las clases adineradas en EE.UU. y Europa. En 1870 se usó para combatir el dolor de heridos de guerra y los soldados tratados, tras la mejoría, seguían buscando su *pico* diario. En 1874 Alder Wright puso en ebullición morfina y ácido acético, apareciendo la diacetilmorfina o heroína; pasaron pocos años y fue retirada del mercado legal.

En la literatura de los siglos XVIII-XIX hay numerosos párrafos alabando sus efectos y muy pocos sobre el lamentable estado de sus consumidores.

El 40% del Producto Interior Bruto de Afganistán se debe a su producción. España está incluida entre los países productores para el abastecimiento de la farmacopea legal.

Cada vez se produce más, 401 toneladas de morfina y 309 de codeína en España en 2005.

Situación actual

Su consumo ilegal actual en España es muy inferior al de otras drogas. Es la droga que más alarma social ha producido en la historia española, sobre todo en las décadas de los ochenta y noventa, generada por los problemas sanitarios, sociales y familiares que puede provocar (muertes por sobredosis, virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], y su alta relación con delitos por parte de los consumidores). Los datos de la Encuesta Escolar de 2006 revelaron aumentos de décimas en todas las formas de consumo de heroína (siempre por debajo del 1%). Los nuevos consumidores se inician por la vía inhalada y su rápida tolerancia los lleva a buscar las mismas sensaciones con más dosis, que solo se pueden conseguir por vía parenteral⁶. Los programas de mantenimiento con metadona iniciados en los años noventa siguen funcionando debido al grupo de antiguos consumidores⁴.

El consumo legal de derivados del opio en España es muy rígido y menor que en países de nuestro entorno, ocupa el séptimo lugar en el mercado mundial del medicamento y el vigésimo tercero en estupefacientes.

Efectos

Produce sensación de placer y alivio del dolor. Se llega a la tolerancia y adicción a la heroína de forma rápida, siendo necesarias dosis mayores para conseguir el mismo efecto. La abstinencia es el "mono" que aparece a las 8 horas de la última dosis y dura de 5 a 10 días. No supone un grave riesgo para la salud⁶. La principal indicación terapéutica de la morfina y sus derivados es el tratamiento del dolor agudo y del dolor en pacientes con enfermedad avanzada o terminal. Hay vías novedosas de administración: parches transdérmicos y Actiq[®]-chupa chups. Se usa fentanilo, hidromorfina, metadona, morfina, petidina y oxicodona. Para el tratamiento del dolor moderado se usa codeína, dihidrocodeína y dextropropofixeno. Otros usos de la codeína son el alivio de los trastornos gastrointestinales y de la tos. La adicción al opio se combate con opio, siendo la metadona la sustancia más utilizada.

DROGAS DE DISEÑO (drogas de síntesis, entactógenos, smartdrugs, feniletilamidas, pastillas, pastis, tostis, pirulas, rulas, pepas, trascas)

¿Qué creen los adolescentes sobre ellas?

Que "no pasa nada si se consumen solo los fines de semana", "son inofensivas, seguras, modernas", "se pueden usar con otras drogas", "no crean dependencia", "tienen efectos afrodisiacos", "los efectos del cristal son distintos a los del éxtasis" y "es una droga de lujo"⁶. Un consumidor le podría decir a otro: "Cuando consumo me siento absolutamente limpio por dentro, y no hay más que euforia pura. Nunca me habíá sentido tan bien... La pureza, la claridad... continuaron por el resto del día y de la noche, y durante el día siguiente... El día siguiente me sentí como un ciudadano del universo..." (frases extraídas de páginas web).

Punto de partida y situación actual

Son sustancias sintéticas que no se pueden aislar directamente de las plantas, elaboradas en laboratorios clandestinos de Holanda, Reino Unido, Polonia, la República Checa, etc.¹⁹. Producen estados de alteración de la conciencia. Físicamente no producen adicción, sí dependencia psíquica. Su origen se debe a la prohibición en EE.UU. de los alucinógenos y "drogas duras", por lo que se buscaban compuestos distintos pero con similares efectos a los prohibidos. Mientras las autoridades estadounidenses prohibían una sustancia, ya había otra nueva sintetizada, así, en la década de los ochenta resolvieron prohibir "cualquier sustancia de propiedades farmacológicas similares". Esta decisión fue también tomada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y por lo tanto es de vigencia internacional (no ratificado por Holanda, donde el cannabis es cinco veces más caro que en España). Muchas de estas sustancias inicialmente fueron estudiadas por las industrias farmacéuticas, que a veces no llegaban ni a comercializarlas por sus efectos secundarios o por haber otras sustancias más baratas o eficaces.

España es el tercer país de la Unión Europea en el consumo de drogas de síntesis; es la tercera droga ilícita más consumida en España, tras el cannabis y la cocaína¹⁸. Pero el éxtasis es una droga de consumo minoritario a pesar de la notoriedad que alcanza en los medios de comunicación; desde el año 2000 en la población de 14 a 18 años tiende a disminuir. En 2005 solo el 1,3% de todas las solicitudes de tratamiento se debieron a esta sustancia⁶.

Actualmente, en el "mercado negro" las cápsulas o pastillas se presentan asociadas a un logo, no siempre sustancia-específico; su concentración varía mucho de unas a otras y es muy frecuente que estén adulteradas. Lo más demandado es el éxtasis.

Existen más de 50 sustancias sintetizadas¹⁸ (para otros hay varios cientos²⁰). Generalmente es un compuesto anfetamínico al que se añade otro componente de efectos alucinógenos. Unas imitan el efecto de los opiáceos (*China White, Tango and Cash, Goodfella, New Heroin*), otras han sido diseñadas para sustituir a la cocaína (*Crystal caine, Coco snow, Synth coke*), y otras son originales por sus efectos (*Love pill, Éxtasis, Venus, X Files, STP*).

EFFECTOS

Varían mucho en función de las características del lugar donde se consuman, las expectativas previas al consumo, la dosis (el grado de adulteración puede ser muy grande), experiencias previas, policonsumo, etc.²⁰. Pueden causar alteraciones de la percepción cromática, táctil o auditiva. No son auténticos alucinógenos (no producen visiones). Producen experiencias emocionales y parecen alterar más la emoción que la percepción.

MDA (3,4-metilendioxi-anfetamina)

También denominada "dulce droga de América", "píldora del amor", "droga del abrazo", "anfetamina para amantes", etc. Tiene como logos un dinosaurio o un trébol. Fue diseñada en 1910 por Mannish y Jacobson. En 1912 Merck

la patentó como anorexígeno y en 1957 se describieron los efectos psicoactivos. ¿Qué efectos produce a largo plazo?, ¿qué se hace si hay intoxicación?, ¿produce dependencia?, son preguntas que no tienen respuesta en el momento actual. Perteneció a los estudios militares con el “suero de la verdad” de los años cincuenta en EE.UU. Podría tener un uso terapéutico en psicoterapia por un posible aumento de la empatía y efecto favorecedor de la introspección.

Éxtasis o MDMA (3-4 metilenedioximetanfetamina)

También conocida como XTC (siglas de los mensajes de móvil), E, X, Euphoria, ADAM; se comercializa con logos y términos como delfines, delfi, pirula, love, pasti, pajarito, sol, tulipán, estrella, etc.

Químicamente es similar a la metanfetamina (estimulante) y mescalina (alucinógeno), aunque sus efectos no son la suma de ambos^{20,21}. La presentación más frecuente es la de una pastilla, tableta o cápsula con 300 mg (las adulteraciones lo reducen a 90-166 mg). Hay una nueva presentación bucodispersable que es éxtasis cristalizado, conocida como *crystal o bombitas* (diferente al *crystal*). También puede inhalarse, fumarse o inyectarse⁶. El consumidor tipo es un varón de 15 a 24 años, con nivel educativo medio, trabajador o estudiante que reside en una zona urbana de más de 50.000 habitantes y consume para divertirse, bailar y sentir nuevas sensaciones²⁰. Sus efectos comienzan a los 20-60 minutos, siendo máximo a los 60-120, y tienen una duración de 4 a 6 horas. Estimula los receptores serotoninérgicos del sistema nervioso central implicados en el estado de ánimo, sueño, emociones y apetito; también estimula receptores dopaminérgicos, relacionados con la gratificación cerebral y norepinefrínicos. La intoxicación aguda produce efectos psicológicos (alteración de la atención y pseudoalucinaciones) y efectos físicos simpaticomiméticos; el más llamativo es el síndrome hipertérmico, causante de las muertes ocurridas relacionadas con estas sustancias. La hipertermia se desencadena por los efectos de la droga sumados al ejercicio extenuante del baile: el consumidor se siente bien bajo el efecto de la sustancia y no busca enfriar su cuerpo; el tratamiento consiste básicamente en disminuir la temperatura corporal, a lo cual ayudará una buena hidratación. En la intoxicación la clorpromazina puede ser también de utilidad por ser antagonista dopaminérgico. Horas o días después del consumo de la droga, el sujeto se puede sentir somnoliento, fatigado e insomne¹⁸.

El consumo crónico puede ocasionar trastornos del sueño, astenia, irritabilidad, dificultad para la concentración, tristeza y depresión²⁰. Aunque no existe una clara evidencia de que produzca efectos psiquiátricos a largo plazo, se ha descrito en varias ocasiones el desarrollo de psicosis paranoide indistinguible de la esquizofrenia. En ratones produce degeneración de neuronas serotoninérgicas¹⁷. Existe evidencia de que en los días siguientes al consumo disminuye la memoria y la capacidad de procesar información, produce déficit de coordinación, anorexia, visión borrosa y contractura mandibular. Están descritos la tolerancia y el síndrome de abstinencia, este

último puede ser aliviado mediante fármacos ansiolíticos. Si aparece psicosis no siempre desaparecerá con la abstinencia prolongada, pudiendo incluso ocurrir con consumos esporádicos, sobre todo a menor edad de inicio y mayor policonsumo.

Hay muchas sustancias que “normalmente” hacen pasar por éxtasis. A nivel mundial se consumen más que en España. Producen mucha tolerancia. Algunas de ellas son: MDEA, que se comercializa con logos y términos como *Eva, expediente X, elefante, pajarito, trébol, ovni, 125, fantasma, sol, corazón*; MBDB: se comercializa con logos y términos como *edén, dólar, calavera*; m-CPP: se comercializa con logos y términos como *tiburón, lacoste, mitsubishi, versace, rolls-royce*, etc.

Otras drogas de síntesis, menos relacionadas con el éxtasis y de muy bajo consumo en nuestro entorno, son:

GHB (gamma hidroxibutirato)

También denominada *éxtasis líquido o crystal*. Poco tiene que ver con el éxtasis. Es un depresor e inicialmente produce bienestar y euforia. Se consume por vía oral, mezclado con agua, y sus efectos varían mucho de un individuo a otro. Puede producir depresión respiratoria, obnubilación y coma.

Se ha empezado a detectar GHL (gamma butírico lactona), que el humano transforma en GHB, relacionado con “agresiones sexuales inducidas por drogas”⁶.

Polvero de ángel o PCP (fenciclidina)

Se presenta en forma de tabletas, cápsulas y polvos de colores. Se fuma, inhala o se toma por vía oral. Fue usada en los años cincuenta como anestésico y abandonada por la agitación y los delirios que producía. Bloquea la concentración y el pensamiento lógico, altera la percepción y el ánimo. Provoca euforia en algunos. Con el uso crónico se producen trastornos emocionales, pérdida de memoria, dificultad para hablar y pensar, y depresión. Estos efectos pueden prolongarse hasta un año tras el cese del consumo.

Ketamina, especial K

Anestésico sintetizado en 1962, se sigue usando legalmente como un líquido inyectable. En la calle se encuentra como líquido, polvo, cristal, pastilla, cápsulas. A dosis bajas produce efectos similares a una borrachera (consumos mínimos pueden significar sobredosis en individuos susceptibles). Dosis altas pueden causar delirios, alucinaciones, pérdida de la noción del espacio y del tiempo, distorsión de la realidad (algunos individuos experimentan la sensación de estar fuera de su cuerpo). Puede producir parada cardíaca, sobre todo en situaciones de policonsumo. Genera rápida adicción y tolerancia.

Poppers

El nitrato de amilo, butilo e isobutilo son sustancias que se emplean por vía inhalada (por vía oral pueden ser mortales).

les). Estimulantes y vasodilatadores, producen euforia, ligereza y aumento del deseo sexual, aunque pronto desaparece su efecto y produce agotamiento. Presentan tolerancia rápida y elevado riesgo de sobredosis.

Otras drogas

El LSD (*ácido o tripi*) se vende como sellos de papel, tabletas, cápsulas, tira de gelatina. Las setas y hongos alucinógenos son presentados como polvo, cápsulas y *smell bags* (bolsa para oler); producen euforia y “viajes psicodélicos”. También se pueden consumir sustancias volátiles, como colas, pegamentos, gasolinas, presentados en barras, spray o líquidos, que producen euforia, somnolencia y confusión.

CONCLUSIONES

El uso y abuso de drogas no es un fenómeno nuevo, cada cultura tiene su “droga” y puede que también su época psicodélica. Lo novedoso de esta época probablemente sea, como en tantos otros aspectos, la globalización, la pluralidad, el fácil acceso a todo. Se ha pasado en poco más de una generación a infancias más cortas, a fases más rápidas. Son frecuentes los policonsumos y el paso de unas sustancias a otras para alcanzar rápidamente las dosis y los efectos máximos. Los motivos del empleo de estas sustancias pueden ser los mismos que hace siglos. Es posible que los factores genéticos desempeñen un papel decisivo en los efectos sobre los diferentes individuos. Lo más trágico es que la maduración y el crecimiento cerebral se vean interferidos por la influencia de sustancias que modulan los circuitos neuronales, permitiendo el desarrollo de trastornos psicológicos o enfermedades psiquiátricas que probablemente no hubiesen aparecido sin esas influencias. Pese al efecto previsiblemente nocivo de estas sustancias en cualquier momento de la vida, nunca será lo mismo el consumo en un adulto que en un adolescente.

COMENTARIOS

El artículo 368 del Código Penal español distingue entre drogas que causan daño grave y drogas que no causan daño grave, el alcohol y el tabaco. La Ley penaliza el tráfico de drogas que causen daño grave con prisión y una multa que varía en proporción a lo decomisado. No está penalizado el consumo, posesión para consumo propio, ni cultivo con el mismo fin. Es infracción grave el consumo en sitios públicos o el abandono de los instrumentos usados para el consumo.

Los gobiernos destinan generosos presupuestos tanto a la prevención de estas conductas como a programas de rehabilitación. ¿Por qué es tan ineficaz? La información es necesaria, pero no suficiente. Hay muchos adolescentes que no han sido debidamente entrenados para tomar decisiones, por tanto, les costará enfrentarse a situaciones tan habituales como el inicio en el consumo de tabaco o alcohol; muchos de ellos se dejarán arrastrar fácilmente por el entorno. Generalizando, desde siempre, el adolescente que se tomaba una copa, “caña” o similar no entraba en coma etílico a la tercera u octava salida. El inicio en el consumo

de cannabis se producía a edades más avanzadas que actualmente, la precocidad en el consumo es probablemente lo que más ha cambiado en las últimas décadas. Al igual que el tomar una copa de vino no hace alcohólico al individuo, el consumir una sustancia ilegal no lo hace drogadicto. Las encuestas poblacionales de consumo o la prevalencia de personas que piden atención médica son medidas indirectas del problema. ¿Cómo medir el síndrome amotivacional por el consumo de cannabis, si es que existe?

Probablemente el principal papel que pueda desempeñar el médico en este tema sea contribuir a crear determinadas condiciones que disminuyan los factores de riesgo. Los pediatras de Atención Primaria están ubicados en un contexto social privilegiado para informar a los padres de que los chicos necesitan modelos de conducta positivos desde su propia familia y que a los niños hay que entrenarlos a pensar y tomar sus propias decisiones. Las normas claras, el diálogo adecuado a la edad del niño y la concienciación de lo que significa la salud integral son los pilares de la auténtica prevención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caudevilla Galligo F. ¿Qué debe saber el pediatra sobre el consumo de drogas? 5º Curso AEPap de Actualización 2008. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008. p. 51-7.
2. Informe 2007 del Observatorio Español sobre drogas. Situación y tendencia de los problemas de drogas en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre Drogas. (Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias-ESTUDES 2006. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España-EDADES 2005).
3. Payá B, Catellano G. Consumo de sustancias. Factores de riesgo y factores de protección. Curso de Formación Continuada en Psiquiatría infantil. *Pediatr Integral*. 2005;8: 3-12.
4. Acuerdo de la comisión mixta para el estudio del problema de las drogas por el que se aprueba, con modificaciones, el informe de ponencia para el estudio de los efectos nocivos de las drogas en la salud de los jóvenes y, muy especialmente, de sustancias como el cannabis, cocaína y las drogas de diseño. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Sección Cortes Generales. VIII legislatura. Serie A-30 de abril de 2007. Núm. 377.
5. La Prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: Análisis y evaluación de un programa. Universidad de Santiago de Compostela. Ministerio de Educación y Cultura. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio del Interior; 2002.
6. Guía sobre drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2007.
7. Informe sobre Cannabis. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
8. Hibell B, Andersson B, Bjarnasson T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, et al. The ESPAD Report 2003: Alcohol and other drug use among students in 35 European Countries, Consejo Sueco de Información sobre Alcohol y otras drogas (CAN) y grupo Pompidou del Consejo de Europa; 2004.
9. Von Sydow K, Lieb R, Pfister H, Hofler M, Sonntag H, Wittchen HU. The natural course of cannabis use, abuse and dependence over four years: a longitudinal community study of adolescents and young adults. *Drug Alcohol Depend*. 2001;64:347-61.
10. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). Informe anual 2005: El problema de la drogodependencia en Europa. Lisboa, 2005.
11. Bukstein OG, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Shaw J, Benson RS, et al; Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescent with substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44:609-21.
12. Iversen L. Cannabis and the brain. *Brain*. 2003;126:1252-70.

13. Laumon B, Gadegbeku B, Martin JL, Biecheler MB; SAM Group. Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study. *BMJ*. 2005;331:1371.
14. Hall W, Solowij N. Adverse effects of cannabis. *Lancet*. 1998; 352:1611-6.
15. Ehrenreich H, Rinn T, Kunert HJ, Moeller MR, Poser W, Schilling L, et al. Specific attentional dysfunction in adults following early start of cannabis use. *Psychopharmacology (Berl)*. 1999;142:295-301.
16. Pistis M, Serra S, Pillolla G, Melis M, Muntoni AL, Gessa GL. Adolescent exposure to cannabinoids induces long-lasting changes in the response to drugs of abuse of rat midbrain dopamine neurons. *Biol Psychiatry*. 2004;56:86-94.
17. Torres G, Horowitz JM. Cocaine synthesis in *Drosophila*. *Neurosci Lett*. 1999;263:201-4.
18. Medranda MI, Benítez MR. Consumo de cocaína en jóvenes españoles. Consumo de drogas de síntesis en jóvenes españoles. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8 Supl 3:S69-90.
19. Plan Nacional sobre Drogas: + información = - riesgos. Tu guía. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2003.
20. Los jóvenes y las drogas de síntesis. Guía para la prevención del consumo y los riesgos asociados. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid; 2004.
21. Drogas de síntesis en España: patrones y tendencias de adquisición y consumo. Plan Nacional de Drogas. Ministerio de Sanidad y consumo [consultado el 8 de julio de 2008]. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/publicaciones/drogas.htm>