

JORNADAS

ADOLESCENTES Y JÓVENES POLICONSUMIDORES DE DROGAS

una intervención terapéutica y educativa



Madrid
11 y 12 de mayo 2011

5



**Cuadernos de
Formación**

Adolescentes y jóvenes
policonsumidores
de drogas

Una intervención terapéutica
y educativa

Cuadernos de Formación 5

Contenidos impartidos en el curso "Adolescentes y jóvenes Policonsumidores de drogas.

Una intervención terapéutica y educativa".

Organizado por Coordinadora Estatal Plataformas Sociales Salesianas

Lugar Madrid (Centro Lasalle ARLEP)

Fecha: 11 y 12 de mayo de 2011

Número de horas: 20 horas

Artículos realizados por:

JORDI ROYO ISACH

Psicólogo Clínico. Director de AMALGAMA-7, Centro Terapéutico y Educativo de atención a adolescentes, jóvenes y sus familias.

Índice

1. CONSUMIDORES DE CANNABIS: UNA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA BASADA EN LOS PROGRAMAS DE DISMINUCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS.....	5
2. CONSUMIDORES DE COCAINA: DEL USO RECREATIVO AL CONSUMO ADICTIVO. UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA Y ASISTENCIAL	14
3. DROGAS DE SÍNTESIS: DEL USO AL POLICONSUMO.....	25
4. CASO PRÁCTICO: ISAAC.....	33
5. CASO PRÁCTICO: CHARLI.....	36

1 **CONSUMIDORES DE CANNABIS: UNA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA BASADA EN LOS PROGRAMAS DE DISMINUCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS**

CONSUMIDORES DE CANNABIS: ALGUNAS IDEAS PARA EMPEZAR

En los últimos años, drogas procedentes de otras culturas se han instalado progresiva y transculturalmente en un mismo medio sociocultural. El cannabis es, en la actualidad, la droga ilegal más consumida en las sociedades desarrolladas: está presente en todos los grupos socioeconómicos y étnicos, tanto en áreas urbanas como rurales.

¿Legales o ilegales? Los jóvenes y adolescentes no se preocupan mucho por este tipo de distinciones, simplemente consumen las drogas que son accesibles, las que están en su mundo y a su alcance. Históricamente, la drogodependencia ha sido el efecto resultante más asociado y a la vez temido, tanto por los profesionales de la salud como por la sociedad en general. Pero dados los actuales patrones socioculturales del consumo de drogas, no sólo debe preocuparnos la posible aparición del trastorno adictivo. Muchos jóvenes y adolescentes, policonsumidores de drogas, presentarán riesgos biopsicosociales importantes asociados y/o derivados de su uso/abuso sin llegar a ser, necesaria y técnicamente, adictos a ellas. El cannabis se ha convertido en la actualidad en un centro controvertido de opiniones, rechazos y adhesiones. Interdisciplinariamente, suele ser objeto de estudio como agente multicausal. En este sentido, crece su interés como sustancia posiblemente útil para la aplicación clínica, pero también genera temor como potencial inductor de trastornos amotivacionales, depresivos, psicóticos y esquizofrénicos para muchos de sus consumidores. A mediados del siglo XX se consiguió, por primera vez, aislar el principio activo fundamental del cáñamo: el Δ^9 tetrahidrocannabinol (THC, un compuesto de naturaleza no alcaloide). La planta tiene además unos 60 componentes activos reconocidos.

EFFECTOS DERIVADOS DEL CONSUMO DE CANNABIS

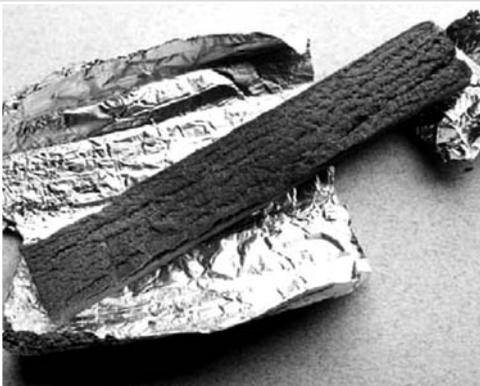
El THC genera efectos depresores y psicodislépticos sobre el SNC (tabla 1), pero com-



plementariamente a sus propiedades farmacológicas, coexisten también otras variables condicionantes de los efectos de su consumo:

- La cantidad consumida (dosificación).
- La calidad de los derivados del cannabis (grado de pureza), que da lugar a distintas concentraciones de excipientes, de principio activo (cannabinoides) y de adulterantes (figs. 1-3).
- La vía de administración: aunque la vía más utilizada es la respiratoria (fumados), se usan también por vía oral (en forma de infusiones, pastillitos de marihuana o de hachís, etc.), por lo que sus efectos pueden presentar variaciones, alteraciones y hasta intoxicaciones en función del estado y las mezclas de los productos utilizados.
- El policonsumo junto con otras drogas, básicamente tabaco, alcohol, drogas de síntesis, alucinógenos y cocaína. En este sentido, son relevantes los datos del National Household Survey on Drug Abuse¹⁷, donde se puede constatar que sólo un 0,3% de los individuos que no consumen marihuana sí consumen cocaína y, por el contrario, de los consumidores habituales o adictivos del cannabis (los que han fumado en 200 ocasiones o más), el 77,3% ha consumido o consume cocaína.
- Las características individuales del consumidor: peso, edad, sistema metabólico, historial biopsicopatológico, predisposición genética, etc.
- Las características ambientales donde se produce el consumo: individual y/o compartido, espacios cerrados y multitudinarios o espacios abiertos al aire libre.
- Frecuencia de consumo: se deberá distinguir entre el consumo experimental, ocasional, circunstancial, habitual y adictivo. Los mecanismos de tolerancia y dependencia se desarrollarán y se intensificarán también en función del tipo de frecuencias de consumo.





PUNTOS CLAVE

- Los derivados del cannabis se usan como "droga recreativa". Un 50% de jóvenes y adolescentes de 14 a 19 años manifiesta haber experimentado con su consumo.
- Se discute la eficacia del cannabis para la aplicación clínica y su causalidad como posible inductor de trastornos biopsicopatológicos.
- Los efectos de su consumo estarán en función de diversas variables: principio activo, dosificación, calidad, vía de administración y frecuencia, policonsumo, contexto ambiental y características individuales del consumidor.
- La detección precoz, el diagnóstico y el pronóstico estarán en función de la sintomatología y el tipo de consumo: experimental, ocasional, circunstancial, habitual y adictivo.
- La intervención terapéutica desde el ámbito de la atención primaria puede ser diversa. Se recomienda que se adopten estrategias de disminución de daños y riesgos.

Detección precoz: señales, signos y síntomas de alerta

Uno de cada dos jóvenes y adolescentes de 14 a 19 años escolarizados de Cataluña manifiesta que consume o ha consumido cannabis². Una parte de ellos, mayoritariamente los que hayan realizado un consumo experimental, ocasional o circunstancial, raramente presentarán trastornos derivados.

Otros se convertirán en adictos y deberán ser tratados para ello. Finalmente, muchos consumidores, adictos o no, pueden precisar ayuda terapéutica por presentar trastornos biopsicosociales asociados y/o derivados de su consumo. En el contexto de la entrevista con el médico, es importante que se permita al paciente que él mismo identifique la frecuencia de su consumo y que, por tanto, se explore la sintomatología (tabla 1): rendimiento escolar y/o laboral, conflictos familiares y/o sociales, trastornos emocionales y/o psicopatológicos, aumento del tiempo de consumo de porros, consumo descontrolado, intoxicaciones y tiempos de máxima abstinencia al consumo, tiempos de consumo continuado, dificultad para realizar y/o mantener actividades, destinación presupuestaria, aumento de la tolerancia al consumo, recaídas, aparición de síndromes de abstinencia y aumento de los descuidos y/o los accidentes relacionados con el consumo.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DESDE EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA (PROGRAMAS DE DISMINUCIÓN DE DAÑOS Y DE RIESGOS)

Las actividades de promoción de la salud, el diagnóstico precoz, el apoyo terapéutico, el tratamiento de afecciones orgánicas asociadas, el seguimiento del proceso terapéutico, la articulación de las derivaciones terapéuticas, las técnicas de desintoxicación y los tratamientos sustitutivos son algunas de las actividades descritas por algunos autores^{19,20} como propias y posibles de realizar desde la atención primaria y dirigidas a los consumidores de drogas y/o drogodependientes; pero complementariamente a todas ellas, debemos plantearnos la oportunidad de intervenir desde los programas de disminución de daños y riesgos dirigidos a los jóvenes y adolescentes que han decidido fumar “porros” o que están en un proceso de consumo y que, en muchos casos, no habrán tomado aún la decisión de dejar de consumir cuando sean atendidos por el médico. En este sentido, sugerimos algunas recomendaciones, que se deben explicitar con un léxico comprensible. Puede ser eficaz que el médico inicie esta intervención preventiva a partir del siguiente enunciado: “Si has decidido consumir o estás fumando porros, estas reflexiones te pueden ayudar” (anexo 1).



TABLA 1 • EFECTOS DEL CONSUMO DEL CANNABIS SOBRE EL COMPORTAMIENTO HUMANO

CANNABIS SATIVA (CÁÑAMO)

Hachís, marihuana, Δ 9 tetrahidrocannabinol y cannabinoles o bloquea la actividad del SNC
Nombres en argot: "Porros, petas, canuto, petardo, puros, mails, costo, piedra, china, mierda, ful..."

Características toxicológicas:
Escala: de 1* (menor) a 6*(mayor)
Tolerancia: **
Dependencia psicológica: *****
Dependencia física: **

EFECTOS SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC)

Depresor/psicodisléptico
Efecto depresor disminuye
Palabras clave
Sedación

Efecto psicodisléptico
Distorsiona la actividad del SNC
Palabras clave
Alteración de la percepción

EN SITUACIÓN DE CONSUMO

Dosis bajas:
Desinhibición
Locuacidad (facilidad para hablar)
Euforia
Ansiedad moderada
Taquicardia
Enrojecimiento de los ojos
Aumento de la sensación de ganas de comer
Dosis altas
Aumento de ansiedad

Lentitud psicomotora (movilidad)
Alteraciones de la memoria
Aumento del sueño
Desorientación
Confusión cognitiva (del curso del pensamiento y de los sentidos)
Vivencias alucinatorias
Estados de pánico
Crisis de despersonalización (estado psicótico de tipo paranoide o esquizofrénico)

EN SITUACIÓN DE ABSTINENCIA Y/O SÍNDROME DE ABSTINENCIA

Cambios de humor repentinos y de estado de ánimo
Apatía
Poca motivación
Irritabilidad

Nerviosismo
Estado de tristeza
Intenso deseo de volver a consumir
Ansiedad persistente

EN SITUACIÓN DE CONSUMO CONTINUADO (RIESGOS ASOCIADOS)

Principales trastornos físicos
Tos seca, irritativa
Taquicardia
Efectos similares a los que origina el consumo continuado de tabaco (bronquitis...)
Irritación conjuntival
Sequedad de boca
Alteraciones de la presión arterial
Irritación gastrointestinal
Síndrome de abstinencia
Principales trastornos psicológicos
Dependencia
Síndrome de abstinencia (síntomatología psicológica asociada)
Síndrome amotivacional
Apatía
Irritabilidad

Alteraciones de memoria
Pérdida de eficacia en el desarrollo de actividades concretas
Facilidad de "frustración"
Sobrestimulación de la propia actividad
Cambios de ritmo del sueño y del hambre
Principales trastornos sociales
Aproximaciones a ambientes marginales (mercado de tráfico ilegal)
Actividades de compraventa (actividad delictiva)
Conflictos/o accidentes familiares, escolares, laborales
Comportamientos de riesgo en la conducción de vehículos
Modificado de Royo-Isach et al16.



BIBLIOGRAFÍA

1. Hall W, Johnston L, Donnelly N. The Epidemiology of Cannabis use and its consequences. En: Kalant H, Corvical W, Swart R, editors. The health effects of Cannabis. Toronto: Addiction Research Foundation, 1998.
2. Suris JC, Parera N. Enquesta de salut als adolescents escolaritzats de la Ciutat de Barcelona. 1999. Fundació Santiago Dexeus i Font. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2000.
3. Observatorio Español sobre drogas. Informe n.º 3. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre las drogas, 2000.
4. Megías E, Comas D, Elzo J, Megías I, Navarro J, Rodríguez E, et al. Los valores de la sociedad española y su relación con las drogas. Colección Estudios Sociales n.º 2. Barcelona: Fundación La Caixa, 2000.
5. Royo-Isach J. Drogas y adolescentes. An Esp Pediatr 1996;80 (Supl):6-51.
6. Funes J. Nosotros los adolescentes y las drogas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
7. Royo-Isach J. Adolescentes, jóvenes y drogas en el primer mundo: un consumo globalizado. MTA-Pediatría 2002;23:87-113.
8. Monsalve C, Gomar C. Usos terapéuticos del Cannabis. FMC 2000;4:250-9.
9. SAMNSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration). National Household Survey on Drug Abuse: population estimates 1997. DHHS Ref. N. O. (SMA) 98-3250. Rockville: SAMNSA, Office of Applied Studies, 1998.
10. British Medical Association. Therapeutic use of cannabis. London: BMA, 1997.
11. García-Campayo J, Sanz Carrillo C, Jiménez-Ausejón L, El Khatib M. Efectividad del cannabis en el tratamiento del dolor somatomorfo. Aten Primaria 2002;29:140-1.



12. Van Os J, Dack M, Hanssen M, Bijl R, de Graaf R, Verdoux H. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population based study. *AJE* 2002;156:319327.
13. Patton G, Coffey C, Carlin J, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ* 2002;325:1195-9.
14. Zammit S, Allebeck P, Andreasson S. Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *BMJ* 2002;325:1-5.
15. Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffit T. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ* 2002;325:1212-3.
16. Royo-Isach J, Magrané M, Velilla A, Relat J, Pardo C, Gómez S. Serie: principales comportamientos de riesgo de los jóvenes y de los adolescentes. Lám 1: Conceptos básicos y clasificación.
Lám 2: Las drogas legales, alcohol y alcoholismo. Tabaco y tabaquismo.
Lám 3: Las drogas ilegales. El Cannabis y las drogas de síntesis. Barcelona: Edigol Ediciones, 2001.
17. Naciones Unidas. Precursors and chemicals presently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances. United Nations. 1993. Document E/ INCB/ vol 4.
18. Royo-Isach J, Magrané M, Velilla A, Relat J, Pardo C, Gómez S. Drogas ilegales. El Cannabis. Lám 3. Barcelona: Edigol Ediciones, 2001.
19. Zarco-Montejo J, Megías E, Valero J, Caudevilla F, Pánaga C. Las drogodependencias: una cuenta pendiente. XXII Congreso Nacional de Medicina de familia y comunitaria. Madrid 2002. *Aten Primaria* 2002;30(Supl 1):35-41.
20. Zarco-Montejo J. Drogodependencias y atención primaria: ¿una relación reconducible? *Aten Primaria* 2001;28:519-22.



ANEXO

- La decisión de imponerte limitaciones de fumar porros, no sólo en situaciones de fiesta, sino sobre todo en situaciones de vida cotidiana, te ayudará a limitar el consumo. Si vas a fumar porros no lo hagas en estas situaciones: antes de comer (sobre todo por la mañana, antes de desayunar), en la escuela y/o en el trabajo (disminuirás riesgos y accidentes), en espacios pequeños y cerrados (como dentro de un coche), en espacios donde haya recién nacidos y/o niños, si conduces un vehículo, si estás embarazada, en espacios susceptibles de accidentes (gasolineras, deportes de riesgo...).
- La acción de fumar porros con frecuencia diaria te puede desencadenar distintos efectos, como apatía, dificultad de concentración y de memoria, desorientación, fuga de ideas..., y también adicción (dependencia física, psicológica y social).
- Cuando mezcles derivados del cannabis con tabaco, recuerda que también estás consumiendo nicotina (sustancia muy adictiva).
- Si consumes progresiva o simultáneamente porros con alcohol pueden aumentar los efectos depresores y aparecer náuseas y vómitos.
- Si fumas porros, evita el consumo simultáneo de otras drogas, de esta manera también te evitarás efectos desconocidos e inesperados.
- Además de fumar porros, los derivados del cannabis se suelen consumir de otras maneras (infusiones, pasteles, etc.). El hecho de desconocer las dosis adecuadas, su pureza y la combinación resultante de los otros ingredientes utilizados puede ocasionar efectos desconocidos e inesperados.
- Evita apurar el porro hasta el filtro. Prácticamente un 50% de los cannabinoles y sus residuos se concentran en el humo principal (el que se aspira) y en la colilla.
- En algunas ocasiones se fuman porros con el objetivo de relajarse y/o dormir, pero ello no implica que facilite el descanso adecuado del organismo. En general, al día siguiente te sentirás más apático y cansado.



- Si tienes relaciones sexuales, fumar porros y/o consumir otras drogas puede potenciar comportamientos de riesgo. Hay que prever la adopción de medidas preventivas.
- Los derivados del cannabis están considerados por la ley como drogas ilegales. La tenencia y/o el consumo en público pueden suponer una sanción administrativa. La posesión de una cantidad igual o superior a 5 g puede ser acusada de tenencia destinada al tráfico.
- Si has fumado porros, no conduzcas ni aceptes subir a un vehículo si el conductor también ha fumado.
- Si tienes mal rollo con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, contigo mismo... si tienes problemas de salud en general, no fumes porros.



2 CONSUMIDORES DE COCAÍNA: DEL USO RECREATIVO AL CONSUMO ADICTIVO. UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA Y ASISTENCIAL

CONSUMIDORES DE COCAÍNA: ALGUNAS IDEAS PARA EMPEZAR

Históricamente las hojas de coca han sido utilizadas como vehículo cultural de uso cotidiano y diverso en múltiples contextos (mágico-religiosos, alimentarios, festivos, terapéuticos, etc.). Los antiguos incas ya conocían sus propiedades anestésicas y estimulantes. No obstante, los conflictos derivados de su cultivo, comercio y consumo son antiguos. Ya en 1551 la Inquisición española prohibió la planta de coca tildándola de «talismán del diablo». En 1859 Albert Niemann aisló, en la Universidad de Gotinga, un alcaloide de la hoja de coca: la cocaína. A finales del siglo XIX y comienzos del XX, bebidas y tónicos muy populares, como el vino Mariani y la Coca-Cola, contribuyeron transculturalmente a su difusión, y el hecho de que médicos notables como Freud, Koller, Holsted, entre otros, recomendaran su uso para el tratamiento del morfinismo, la depresión o como anestésico local fue, sin duda, una variable relevante que contribuyó a su popularización.

La cocaína ha viajado hasta finales del siglo XX asociada a un concepto de sustancia básicamente inocua y no adictiva. En este sentido, es ilustrativo constatar que en la tercera versión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría, publicado en 1980, solamente se contemplaba la categoría «Abuso de cocaína», no la de «Dependencia de cocaína», dando a entender, en todo caso, una adicción poco grave. Los avances neurobiológicos de su acción sobre el sistema nervioso central y la creciente experiencia clínica obtenida del tratamiento de pacientes adictos han contribuido al cambio surgido en los actuales sistemas de clasificación y diagnóstico –DSM-IV y décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)–, en los que aparecen bien definidas las categorías diagnósticas de abuso, dependencia y trastornos mentales inducidos por cocaína.

El producto que llega habitualmente al consumidor es hidrocloreto de cocaína. Su riqueza es variable, pero suele ser alta, entre el 45 y el 65% en la mayoría de las provincias españolas. Se presenta en forma de polvo y se administra mayoritariamente por vía inhalatoria, aunque también es frecuente la vía pulmonar (fumada) e intravenosa (figs. 1 y 2). España se sitúa a la cabeza de los países de la Unión Europea con un mayor



consumo de cocaína según el informe del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT). El consumo de cocaína, de Cannabis y de drogas de síntesis ha aumentado notablemente entre los menores de 18 años. La proporción de jóvenes que han consumido cocaína en los últimos 12 meses ha crecido del 1,8% en 1994 al 6,8% en 2004. Además, la proporción de urgencias hospitalarias por reacción aguda a la cocaína ha pasado del 26% en 1996 al 49% en 2004.

EFFECTOS DERIVADOS DEL CONSUMO DE COCAÍNA

La cocaína inhibe la recaptación de catecolaminas y serotonina, con lo que aumentan las concentraciones de estos neurotransmisores. Inhibe también la recaptación de noradrenalina, lo que da lugar a efectos tóxicos asociados a la hiperactividad simpática (hipertensión, cardiotoxicidad, etc.), y potencia respuestas dopaminérgicas centrales; este último es el mecanismo más relevante en el desarrollo de su potencial adictivo. Se metaboliza en el hígado y atraviesa rápidamente la barrera hematoencefálica. Se excreta por orina y puede detectarse en plasma hasta 36 h después de la última administración.

Las manifestaciones clínicas pueden ser agudas o crónicas, y pueden desarrollarse complicaciones en cada una (tabla 1). La tendencia a desarrollar dependencia se relaciona con la vía de administración: menor cuando se aspira y mayor cuando se inyecta por vía intravenosa o se fuma. El patrón de consumo tiende a que el individuo se autoadministre compulsivamente toda la cocaína de que dispone buscando el efecto de autoperpetuación del estado eufórico.

El usuario realiza verdaderos «atracones» (binge) y le resulta muy difícil el control y/o la planificación de las dosis; de esta forma aumenta el riesgo de sobredosis o de intoxicación aguda, así como la aparición de otras posibles complicaciones, generalmente de carácter cardiovascular, neurológico, psicopatológico, etc.

El consumo continuado conduce a la dependencia y a la aparición del craving, es decir, al intenso deseo de repetir el consumo de cocaína después de un período de abstinencia, tanto para experimentar de nuevo con los efectos placenteros como para contrarrestar los depresivos y ansiógenos propios de la carencia de la droga. En este sentido, los cravings son síndromes de abstinencia condicionados en el tiempo y los princi-



pales causantes de nuevas recaídas al consumo. La aparición de dependencia lleva al desarrollo progresivo de tolerancia, lo que implica un aumento de las dosis. Con el uso continuado tienden a disminuir los efectos placenteros y aumentan los efectos disfóricos.

¿POR QUÉ LOS JÓVENES Y ADOLESCENTES CONSUMEN COCAÍNA?

La cocaína sirve para «ligar, bailar, divertirse, conducir mejor, comunicarse, estar de buen “rollo”, mejora el sexo». Éstas son algunas de las respuestas que dieron 2.155 adolescentes y jóvenes que habían visitado la exposición itinerante «A tota pastilla»¹¹, de los cuales 1.700 eran alumnos escolarizados de entre 14 y 19 años y 455 eran jóvenes y adolescentes de entre 16 y 30 años. Tal como se desprende de sus respuestas, la cocaína se considera una droga recreativa, poco peligrosa y hasta inocua si se consume ocasionalmente y por vía inhalatoria. Los motivos de consumo se expresan en la figura 3. Nos parece relevante destacar que el 9,6% de los alumnos escolarizados manifestaron haber consumido cocaína en alguna ocasión, cifra que se eleva hasta el 47,2% para la población de jóvenes y adolescentes de entre 16 y 30 años. La edad de inicio de la población de estudiantes se sitúa en los 15,4 años (dato similar al obtenido por el Plan Nacional de Drogas con respecto al colectivo de estudiantes españoles). El análisis de los datos indica que los consumidores habituales y/o adictivos de cocaína también lo son de otras drogas, de las cuales es destacable el abuso de alcohol, cuyos efectos depresores son deseados, muy a menudo para contrarrestar los «excesivamente eufóricos» que genera la cocaína, así como el policonsumo de otras drogas como tabaco, derivados del Cannabis y drogas de síntesis.

La intervención terapéutica desde el ámbito de la atención primaria (programas de disminución de daños y de riesgos) Generalmente son los familiares del consumidor de cocaína los que acuden a la consulta. El principal objetivo será motivarles para que sean ellos quien, a la vez, motiven al usuario para que inicie un tratamiento.

Se tratará en la primera exploración de precisar el tipo de consumo (experimental, ocasional, circunstancial, habitual o adictivo) y a la vez los resultados de los tratamientos anteriores realizados, en caso de que los hubiere, así como los desencadenantes de las recaídas, la posible psicopatología asociada, las complicaciones relacionadas con la vía de consumo (sinusitis, perforación del tabique nasal, marcas de venopun-





TABLA 1 • EFECTOS DEL COBNSUMO DE COCAÍNA SOBRE EL COMPORTAMIENTO HUMANO

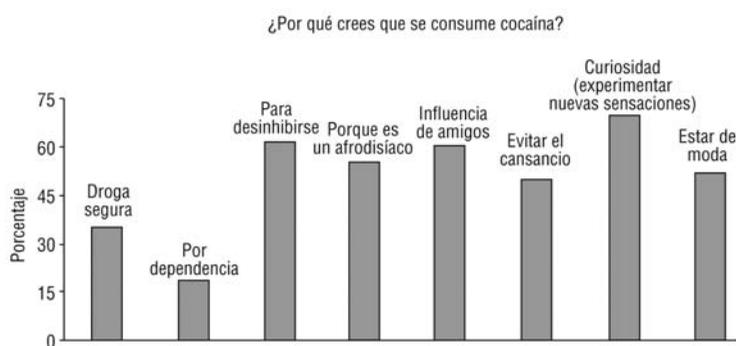
COCAÍNA	EFECTOS SOBRE EL SNC	EN SITUACIÓN DE CONSUMO	EN SITUACIÓN DE ABSTINENCIA Y/O SÍNDROME DE ABSTINENCIA	EN SITUACIÓN DE CONSUMO CONTINUADO (RIESGOS ASOCIADOS)
<p>Nombres en argot: nieve, dama blanca, farla, fartopa, harina, perica, merca, polvo</p> <p>Características toxicológicas: escala de 1* (menor) a 6* (mayor)</p> <p>Tolerancia****</p> <p>Dependencia psicológica*****</p> <p>Dependencia física (más o menos intensa según la vía de administración)****</p>	<p>Estimulante</p> <p>Efecto estimulante: aumenta la actividad del SNC</p> <p>Palabra clave: excitación</p>	<p>Dosis bajas Euforia Aumento de la confianza personal Locuacidad Aumento de la sociabilidad Aceleración mental Hiperactividad Disminución de la fatiga Inhibición del apetito Aumento de la presión arterial</p> <p>Dosis altas Aumento de la euforia Aumento de la conciencia sensorial (sexual, auditiva, táctil, visual)</p> <p>Midriasis Anorexia Insomnio Irritabilidad Hipertensión Agitación psicomotriz Vivencias paranoicas Arritmias cardíacas Depresión respiratoria Convulsiones Hemorragia cerebral</p>	<p>1. Fase depresiva: <i>crash</i> (entre 1 y 5 días) Fatiga, cansancio Tristeza Insomnio Pérdida de apetito</p> <p>2. Fase ansiógena (entre 1 y 10 semanas) Anhedonia Somnolencia Letargia Irritabilidad</p> <p>3. Fase de extinción sintomatológica (duración indefinida) Cambios bruscos de estado de ánimo <i>Craving</i></p>	<p>Principales trastornos físicos Complicaciones cardiovasculares (arritmias cardíacas, isquemia miocárdica, etc.) Complicaciones pulmonares (disnea, hemorragia pulmonar, edema agudo, etc.) Complicaciones digestivas (desnutrición, anorexia, dolor abdominal con náuseas y vómitos, etc.) Complicaciones neurológicas (convulsiones, pérdidas de conciencia, hipertensión, vasospasmo, etc.) Perforación del tabique nasal (si la vía es inhalatoria)</p> <p>Principales trastornos psicológicos Dependencia <i>Craving</i> (intenso deseo de un nuevo consumo) Depresión, disforia, insomnio Irritabilidad, agresividad Ideación paranoide Alucinaciones táctiles Disminución de la capacidad de concentración Aumento de los comportamientos sexuales de riesgo que puede evolucionar a inapetencia y/o disfunciones sexuales</p> <p>Principales trastornos sociales Aproximaciones a ambientes marginales (mercado de tráfico ilegal) Actividades de compra/venta (actividad delictiva) Aumento de las dificultades adaptativas en el entorno escolar y/o laboral y/o social Aumento de los comportamientos de riesgo vial</p>



ción, etc.) y las manifestaciones clínicas derivadas de otras posibles complicaciones médicas (tabla 1).

En la actualidad no se dispone de farmacología eficaz en el tratamiento de la dependencia a la cocaína, aunque recientemente se ha informado de 2 tratamientos experimentales que pueden resultar prometedores: una vacuna contra la cocaína utilizando técnicas inmunoterápicas^{28,29} y tratamientos farmacocinéticos en los que se acelera el metabolismo de la cocaína en sangre periférica mediante la utilización de enzimoterapia. En la actualidad los tratamientos más eficaces combinan la farmacología con la psicoterapia cognitiva³¹. Ésta, ya sea individual, de grupo y/o grupo de autoayuda y familiar, se puede realizar tanto en el medio ambulatorio (el más aceptado) como en un centro residencial especializado. En cuanto a la farmacología, generalmente está relacionada con la enfermedad asociada. Se utilizan distintos fármacos: antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa, neurolépticos, agonistas dopaminérgicos, etc. De hecho, los tratamientos comparten los mismos objetivos: la retención, es decir, conseguir la adhesión del paciente al tratamiento; la progresión, esto es, conseguir el mantenimiento de la abstinencia, y la prevención de las recaídas como método de aprendizaje con la finalidad de que el paciente incorpore habilidades cognitivas que lo ayuden a evitar los estímulos endógenos y ambientales que le puedan conducir a un nuevo consumo. En todo caso, en el contexto del inicio de la intervención terapéutica nos parece necesario que los médicos y los profesionales de la salud en general pue-

FIGURA 3. Consumo de cocaína en jóvenes y adolescentes.



dan informar, de una forma comprensible para el paciente, de los riesgos biopsicosociales que pueden producirse a partir del consumo. En este sentido, en el marco de los programas de disminución de daños y de riesgos recomendamos algunas reflexiones de carácter preventivo:

- Si fumas «porros» (de derivados del Cannabis) habitualmente es muy posible que también te plantees consumir o ya estés consumiendo otras drogas como tabaco, alcohol, drogas de síntesis y cocaína. El policonsumo es peligroso. Puede producir intoxicaciones y/o sobredosis y, junto con el riesgo adictivo, pueden aumentar las complicaciones escolares, laborales, sociales y familiares.
- La cocaína y todas las drogas en general están asociadas a la diversión. En situaciones de fin de semana y de «fiesta» se tiende a «esnifar rayas de polvo». Decide previamente si quieres o no consumir y qué cantidad. Ponerte un límite de antemano te ayudará a ser consciente de la cantidad que tomas.
- La cocaína es una droga ilegal; por tanto, su pureza es muy variable. En el momento de su consumo, nunca sabemos cuál es su composición. Es preferible que consumas una «punta» (dosis baja) y esperes sus efectos.
- Si has consumido cocaína experimentarás efectos de euforia y desinhibición. En este estado y ante la posibilidad de tener relaciones sexuales, suelen aumentar los comportamientos de riesgo. Es necesario que te anticipes y adoptes medidas preventivas. Recuerda que las 2 causas de muerte más importantes en los consumidores de cocaína son el sida y la reacción aguda tras el consumo.
- Aunque te parezca lo contrario, la cocaína no es un afrodisíaco. Su uso continuado genera disfunciones sexuales y aumenta la inapetencia sexual.
- Si has «esnifado» una «raya» de polvo (de cocaína), los efectos aparecerán después de unos 3 min y alcanzarán el máximo «subidón» a los 15 min. Si te la has inyectado sólo se precisan 30-60 s para que la droga alcance el cerebro. En ambos casos experimentarás un intenso deseo de repetir el consumo. Intenta evitarlo dado que aumentan las probabilidades de intoxicación aguda y/o de sobredosis, así como de otras complicaciones cardíacas y cerebrales.



- Si fumas un porro de cocaína («chino») o utilizas una pipa, los efectos son muy rápidos y pueden aparecer al cabo de 5-10 s. Esta forma de consumir cocaína no es inocua; aparte de peligrosa es también muy adictiva.
- Si aparecen síntomas de «paranoia» (vivencias de que todo el mundo te mira o se ríe de ti, que te persiguen, que te vigilan, que te controlan) o si tienes reacciones de pánico, de angustia y/o de malestar, es necesario que dejes de consumir y acudas a un servicio de urgencias.
- Si consumes cocaína es preferible que no estés solo/a, dado que puedes experimentar síntomas como taquicardia, mareos, dificultades para respirar, mucha agitación y/o irritabilidad. En este caso puedes necesitar ayuda urgente (por sobredosis o intoxicación aguda). Debes avisar inmediatamente a las personas más próximas.
- Si eres consumidor habitual (o adictivo) de cocaína, es posible que puedas estar un tiempo más o menos largo sin consumirla (días, semanas o meses). No te confundas: esto no quiere decir que ya estés «desenganchado» (deshabituado). Lo más probable es que tengas «monos» e intensos deseos de consumir de nuevo (craving). Plantéate pedir ayuda e iniciar o continuar un tratamiento.
- Si consumes cocaína habitualmente es muy posible que también aumentes el consumo de alcohol, dado que las 2, sustancias tienden a «contrarrestarse» y generan una sensación de «equilibrio» (la cocaína «despeja» la borrachera o el «muermo» del alcohol y éste disminuye la euforia y el «colocón» de la cocaína). El consumo simultáneo de las 2 sustancias aumenta los riesgos y las complicaciones médicas, psicológicas y sociales. Es necesario que pidas ayuda e inicies un tratamiento.
- Si has tomado cocaína no conduzcas ni aceptes viajar en un vehículo cuyo conductor también haya consumido.
- Si tienes problemas de corazón, riñón, diabetes, trastornos emocionales y mentales, si estás embarazada o estás tomando medicación, no consumas drogas.





PUNTOS CLAVE

- El «speed» (metanfetamina) es la droga de síntesis más consumida después del «éxtasis» (MDMA). Los jóvenes y adolescentes la usan como «droga recreativa».
- La euforia, la desinhibición y el incremento de la actividad son los principales efectos deseados. Complementariamente, la percepción de ser una droga «segura», poco adictiva, de fácil obtención y su precio medio (inferior al de la cocaína) son variables relevantes que contribuyen a la extensión de su consumo.
- El patrón de consumo mayoritario de los consumidores de «speed» es el de policonsumir otras drogas.
- Complementariamente a los efectos inmediatos de su consumo, que pueden desembocar en intoxicación y/o sobredosis, se deben considerar otros riesgos y enfermedades asociadas.
- Desde el ámbito de la atención primaria se recomienda que, entre otras estrategias asistenciales, se adopten programas de disminución de daños y de riesgos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Escotado A. Historia de las drogas. Vol. 3. Madrid: Alianza Editorial; 1994.
2. López Muñoz F, Álamo C. Historia de la psicofarmacología. Madrid: Eurobook; 1998.
3. Galindo Menéndez A. Manejo del paciente con dependencia a la cocaína. *Trastornos Adictivos*. 2000;2:122-32.
4. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson; 1995.
5. Organización Mundial de la Salud. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
6. Cervera G, Haro G, Martínez-Raya J, Bolinches F, De Vicente P, Valderrama JC. Los trastornos relacionados con el uso de sustancias desde la perspectiva de la psicopatología y las neurociencias. *Trastornos Adictivos*. 2001;3:164-71.
7. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Memoria del Plan Nacional sobre Drogas 2002. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2003.
8. Observatorio Europeo de la Droga y Toxicomanías (OEDT). Comparecencia de la ministra de Sanidad, Elena Salgado, en el Congreso de los Diputados, 14 de setiembre de 2004. Disponible en: <http://www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=134>
9. García Castaño J, Andueza Lillo JA, González Ramallo VJ. La cocaína: complicaciones médicas. *Jano*. 1995;49:1323-9.
10. San Molina L. Dependencia de la cocaína. En: *II Curso de Máster/ Experto en Drogodependencias y Sida*. Málaga: Instituto de Investigación en Ciencias Sociales; 1995.
11. Royo-Isach J, Majo E, Escobet M, et al. «A tota pastilla»: una instal·lació preventiva i itinerant sobre les drogues de síntesi. Barcelona: Àrea de Serveis Socials. Diputació de Barcelona; 1998.
12. Urrutia A, Rey July C. Problemas médicos de la cocaína. *Med Clin (Barc)*. 1991;96:189-93.
13. Withers NM, Pulvirenti L, Koob GF, Gillin C. Cocaine abuse and dependence. *J Clin Psychopharmacol*. 1995;15:63-78.
14. Prieto Marcos M, Calonge García ME, De Alba Romero C. Cocaína: actuar es posible. *FMC*. 1998;9:582-94.



15. Ostabal Artigas M. El consumo de cocaína y sus complicaciones. *Medicina integral*. 1994;23:42-52.
16. Ramos Atance JA. *Neurobiología de la drogadicción*. Madrid: Eudema; 1993.
17. Campos Franco J, González Puintela A, Alevide Sixto MR. Complicaciones médicas del uso de cocaína. *Jano*. 2004;1515:38-50.
18. Sánchez Hervás T, Gradoli V, Morales Gallús E. Evaluación psicopatológica de pacientes dependientes de cocaína. *Aten Primaria* 2000;5:319-22.
19. Pérez de los Cobos Peris J, Santís Ramos R, Tejero Pomillo A. La medición del craving de sustancias psicoactivas ilegales. *Trastornos Adictivos*. 1999;1:22-6.
20. Pascual C, Cavestany M, Moncada S, Salvador J, Melero JC, Pérez de Arrospeide JA. *Drogas, más información menos riesgos*. Plan Nacional sobre Drogas. Madrid: Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2003.
21. Little KY, McLaughlin DP, Zhang L, et al. Cocaine, ethanol, and genotype effects on human midbrain serotonin transporter binding sites and mRNA levels. *Am J Psychiatry*. 1992;149:1534-8.
22. Gawin FH. Cocaine addiction: psychology and neurophysiology. *Science*. 1991;251:1580-6.
23. Martínez-Raya J. La predisposición genética al alcoholismo y la vulnerabilidad al abuso de la cocaína u otras sustancias psicoactivas. *Trastornos Adictivos*. 1999;3:193-9.
24. Royo-Isach J, Magrané M, Velilla A, Martí R. Consumidores de cannabis: una intervención terapéutica basada en los programas de disminución de daños y riesgos. *Aten Primaria*. 2003;32: 590-3.
25. Royo-Isach J, Magrané M, Blancafort F, Ferrer J. Drogas de síntesis: del uso al policonsumo. Algunos riesgos asociados y una propuesta de intervención terapéutica. *Aten Primaria*. 2004; 33:209-13.
26. Díaz A, Barruti M, Doncel C. Les línies de l'èxit ? Naturalesa i extensió del consum de cocaína a Barcelona. Barcelona: Laboratori de Sociologia ICESB. Àrea de Salut Pública. Ajuntament de Barcelona; 1992.
27. Royo-Isach J. Adolescentes, jóvenes y drogas en el primer mundo: un consumo globalizado. *MTA Pediatría*. 2002;23:87-113.
28. Fox BS. Development of a therapeutic vaccine for the treatment of cocaine addiction. *Drug Alcohol Depend*. 1997;48:153-8.



29. Cornish JW, O'Brien CHP. Developing medications to treat cocaine dependence: a new direction. *Curr Opin Psychiatry*. 1998;11:249-51.
30. Gorelick DA. Enhancing cocaine metabolism with butyrylcholinesterase as a treatment strategy. *Drug Alcohol Depend*. 1997; 48:159-65.
31. San Molina L, Arranz Martí B, Ramírez Nebreda U. Tratamiento psicofarmacológico de la dependencia de la cocaína. *Trastornos Adictivos*. 1999;1:34-47.
32. Pedrero Pérez EJ, Puerta García C. Atención a usuarios de cocaína desde el centro de atención a drogodependencias (CAD-4). *Trastornos Adictivos*. 2001;1:11-20.
33. Royo-Isach J, Magrané M, Martí R, Gómez S. Alucinógenos: ¿drogas para soñar? Una intervención preventiva y asistencial desde el ámbito de la atención primaria. *Aten Primaria*. 2004;33:331-4.
34. Royo-Isach J, Magrané M, Vilá R, Capdevila M. El éxtasis líquido (GHB): ¿una droga de uso recreativo? Clínica biopsicosocial del consumidor y algunas propuestas terapéuticas. *Aten Primaria*. 2004;33:516-20.
35. Royo-Isach J, Magrané M, Domingo M, Cortes B. La «keta» (ketamina): del fármaco a la droga de abuso. Clínica biopsicosocial del consumidor y algunas propuestas terapéuticas. *Aten Primaria*. 2004;34:147-51.
36. Gold MS. Manifestaciones clínicas de la adicción a la cocaína. En: Gold MS, editor. *Cocaína*. 1.ª ed. Barcelona: Ediciones en Neurociencias S.L.; 1997. p. 79-97.
37. Larrouse Mosellón M, Nogué Xarau S, Larrouse Mosellón E. Complicaciones cardiovasculares asociadas al consumo de cocaína. *Hipertensión*. 2002;8:359-66.



3 DROGAS DE SÍNTESIS: DEL USO AL POLICONSUMO. ALGUNOS RIESGOS ASOCIADOS Y UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

CONSUMIDORES DE DROGAS DE SÍNTESIS: ALGUNAS IDEAS PARA EMPEZAR

Por *designer drugs* (que podríamos traducir como “drogas de diseño” o “drogas hechas a medida”) se conoce un conjunto de sustancias sintéticas que se han popularizado a partir del nombre genérico de éxtasis (o XTC). Las drogas de síntesis son sustancias estimulantes del sistema nervioso central que se sintetizan en laboratorios clandestinos sin control sanitario. Se presentan en forma de pastillas y/o comprimidos. Tienen formas, colores e iconos diferentes con multitud de nombres que cambian según la moda y los criterios del mercado ilegal (fig. 1).

Hay más de 50 sustancias sintetizadas, y las más extendidas son la MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina), sintetizada en el año 1914 y conocida como “éxtasis”, “Adán” y “XTC”; la MDA (3,4-metilendioxianfetamina), sintetizada en el año 1910 y conocida como “droga del amor”; la MDEA (3,4-metilendioxietanfetamina), conocida como “Eva”, y la DOM (2,5-dimetoxi-4-metilanfetamina), conocida como “STP” (serenidad, tranquilidad y paz, o stop the police). A las drogas de síntesis se les atribuyen 2 propiedades: la entactógena (sensación de aumento de la propia sensibilidad, autopercepción) y la empatógena (sensación de aumento de la comunicación social).

Las drogas de síntesis se han extendido notablemente en el mercado más joven y se han vinculado conceptualmente a su tiempo libre, al ocio y a la diversión. Mayoritariamente se policonsumen entre ellas mismas y con otras drogas, básicamente con tabaco, alcohol, derivados del Cannabis, alucinógenos y cocaína.

En el año 1984, la Comisión de Estupefacientes Estadounidense, formada por los organismos Drug Enforcement Administration (DEA) y National Institute on Drug Abuse (NIDA), incluyó, a propuesta de la Organización Mundial de la Salud, los derivados tipo MDMA (éxtasis) en la lista 1 de sustancias merecedoras de control internacional. En el Estado español se incluyeron la MDA, y la MDMA en las listas de sustancias psicotrópicas los años 1985 y 1986, respectivamente. En 1994 las Naciones Unidas, inculparon a las llamadas “*drogas de diseño*” como las causantes de muchos de los accidentes de tráfico rodado registrados en jóvenes de entre 18 y 25 años, y la Organización Mundial de la Salud y la American Psychiatric Association incluyen las drogas de síntesis en el capítulo de “Trastornos mentales y del comportamiento inducidos o provocados por otros estimulantes”.



TABLA 1 • EFECTOS DE LAS DROGAS DE SÍNTESIS

TIPOS DE DROGA		EFECTOS SOBRE EL COMPORTAMIENTO HUMANO			CARACTERÍSTICAS TOXICOLÓGICAS		
Drogas de síntesis	Efectos sobre el sistema nervioso central	En situación de consumo	En situación de abstinencia y/o síndrome de abstinencia	En situación de consumo continuado (riesgos asociados)	Tolerancia	Dependencia psicológica	Dependencia física
Escala: de 1* (menor) a 6* (mayor)							
MDMA, MDA, MDE, anfetaminas, etc. Nombres en argot: «pastis», «pepas», «éxtasis», «Adán», «Eva», «speed»	Estimulante/ psicodisléptico - Efecto estimulante: es cuando aumenta la actividad del sistema nervioso central - Palabra clave: excitación	Dosis bajas - Sentimiento de euforia - Empatía, sociabilidad - Sensación de aumento de la autoestima - Inhibición de la fatiga - Hiperactividad - Estado de vigilia - Taquicardias - Arritmias - Sequedad de Boca Dosis altas - Hipertermia «Golpe de calor» (deshidratación, agotamiento, etc.) - Dificultad de razonamiento - Crisis de pánico - Aumento de la presión arterial - Visión borrosa - Náuseas - Ansiedad - Insomnio - Efectos alucinógenos (alteración de la presión, sensación de objetos en movimiento y colores) Sobredosis (arritmias, aumento de la presión arterial, rigidez muscular, hemorragias cerebrales, trastornos renales, hepáticos, coma, etc.)	- Estado de fatiga - Estados de tristeza - Apatía - Somnolencia - Inquietud - Dolores musculares	Principales trastornos físicos - Cefaleas - Ansiedad - Dolores musculares - Insomnio - Pérdida de ganas de comer - Náuseas - Aumento de riesgo de sobredosis Principales trastornos psicológicos - Dependencia - Síndrome de abstinencia (síntomatología asociada) - Crisis de angustia - Alteraciones de la memoria - Irritabilidad y depresión - Trastornos del comportamiento sexual - Psicosis (psicosis paranoide, etc.) Principales trastornos sociales - Aproximaciones a ambientes marginales (mercado de tráfico ilegal) - Actividades de compra-venta (actividad delictiva) - Conflictos y/o accidentes familiares, escolares, laborales, etc. - Comportamientos de riesgo en conducción de vehículos	** - Se entiende por tolerancia el proceso psíquico y físico que hace necesario aumentar las dosis de forma progresiva a fin de conseguir los mismos efectos	***** - Se entiende por dependencia psicológica el estado vivencial que lleva a la persona a creer que se relacionará mejor con los otros y consigo mismo si toma «pastis»	*ç- Se entiende por dependencia física el estado de adaptación del organismo que necesita un cierto nivel de presencia de «pastis» para funcionar normalmente



EFFECTOS DE LAS DROGAS DE SÍNTESIS

Después de haber ingerido una «pasti» («pastilla», «pepa», «rula», «pirula...») y a partir de los 10-30 min siguientes (el tiempo de reacción depende de la cantidad y calidad de la sustancia), aparecen los efectos ascendentes (el llamado «subidón», caracterizado básicamente por síntomas estimulantes como euforia, desinhibición emocional, inhibición de la fatiga, hiperactividad, insomnio, entre otros).

Estos efectos pueden durar algunas horas, a partir de las cuales se inician los efectos descendentes (el llamado «bajón», con síntomas como resaca, somnolencia, dolores musculares, estado de ánimo depresivo, etc.) (tabla 1). Es habitual que durante el estado de «bajón» muchos usuarios realicen nuevas ingestas de drogas de síntesis y/o de otras drogas (legales e ilegales), con el objetivo de disminuir los efectos descendentes y volver a experimentar los ascendentes. Las drogas de síntesis generan dependencia psicológica y pueden generar dependencia física en consumidores con un patrón de consumo continuado y/o en dosis altas. Desde un punto de vista de la tolerancia se ha observado la tendencia de muchos consumidores a incrementar la cantidad de «pastillas» que pueden consumir en una noche, o en la medida del tiempo transcurrido desde el inicio del consumo. Son frecuentes las consultas a urgencias hospitalarias de jóvenes y adolescentes que han consumido un número de pastillas superior a la unidad.

Los efectos de las drogas de síntesis sobre el sistema nervioso central obviamente estarán relacionados con su composición y con sus propiedades farmacológicas. No obstante, existen algunas variables condicionantes que debemos considerar como:

a) la cantidad consumida (dosificación);

b) la calidad de la droga (pureza); c) la vía de administración y el policonsumo; d) las características individuales del consumidor; e) la frecuencia con la que se produce el consumo, y f) las características ambientales del consumo. En estas drogas el contexto ambiental es importante; no obtendrá los mismos efectos el sujeto que consume solo o acompañado, en espacios abiertos, al aire libre o en locales cerrados. Factores como la temperatura media del ambiente, la ventilación, la mediana del nivel de ocupación del local, el tipo de música, la mediana del volumen de ésta, las pausas de descanso, la ingestión o no de agua, entre otros, pueden desempeñar un papel relevante respecto a la hipertermia, la deshidratación y la aparición del cuadro clínico conocido como «golpe de calor».

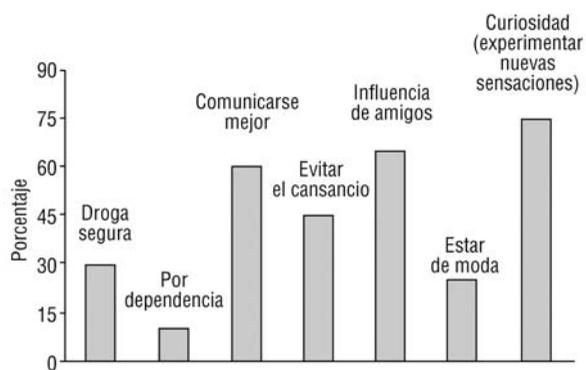


¿POR QUÉ LOS JÓVENES Y LOS ADOLESCENTES CONSUMEN DROGAS DE SÍNTESIS?

Tomando como referencia las respuestas que nos dieron 2.155 adolescentes y jóvenes que habían visitado la exposición itinerante «A Tota Pastilla»², de los cuales 1.700 eran alumnos escolarizados de entre 14 y 19 años y 455 eran jóvenes y adolescentes de entre 16 y 30 años, obtuvimos los siguientes resultados: el 12,6% de los alumnos escolarizados manifestaron haber consumido en alguna ocasión drogas de síntesis (dato similar al obtenido por Surís y Parera), cifra que se elevaba hasta el 53,8% para la población de jóvenes y adolescentes de entre 16 y 30 años. Los motivos del consumo se expresan en la figura 2.

La curiosidad y la fascinación por experimentar nuevas sensaciones continúan siendo los motivos básicos que impulsan al consumo. Este elemento es un clásico que ya se había obtenido en otros estudios, con otros consumidores y con otras drogas, así como la influencia de los amigos o la presión del grupo. Es necesario señalar que, de forma genérica, los consumidores de drogas de síntesis están convencidos de la inocuidad de la sustancia y la perciben como una «droga segura» que genera efectos positivos y sirve para bailar, alargar la noche, tener buen «rollo», experimentar efectos afrodisíacos, ganar dinero, comunicarse mejor, conocerse mejor, etc. Obviamente estos mitos y creencias dificultan sobremanera la intervención preventiva y la asistencial. La intervención terapéutica desde el ámbito de la atención primaria (programas de disminución de daños y de riesgos).

FIGURA 2. Consumo de drogas de síntesis en jóvenes y adolescentes. ¿Por qué crees que se consumen «pastis»? (Fuente: Royo J, et al2.)



Mayoritariamente los jóvenes y adolescentes que realizan consumos de uso y/o abuso de drogas de síntesis son también policonsumidores de otras drogas, y básicamente tienden a no manifestar los problemas biopsicosociales derivados de la drogodependencia. No obstante, sean o no drogodependientes, se debe tener en cuenta que pueden ser muchas y considerables las situaciones y comportamientos de riesgo que pueden vivir o realizar estos consumidores (comportamientos sexuales de riesgo, accidentabilidad vial, conflictos familiares, escolares y sociales, patologías duales asociadas al consumo de tipo bipolar, depresivo, ansiógeno, psicótico, etc.). Es fundamental que en el contexto de la intervención terapéutica los médicos y los profesionales de la salud en general puedan informar de una forma objetiva de los riesgos reales que pueden experimentar los jóvenes y adolescentes consumidores de drogas de síntesis. En este sentido, en el marco de los programas de disminución de daños y de riesgos recomendamos algunas reflexiones de carácter preventivo:

- Las «pastis» y todas las drogas en general están asociadas a la diversión. En situaciones de fin de semana y de «fiesta» se tiende a consumir «pastis». Decide previamente cuántas «pastis» vas a consumir. Ponerte antes un límite te ayudará a ser consciente de la cantidad que tomas.
- Las «pastis» son drogas ilegales sintetizadas en laboratorios clandestinos. En el momento de ingerir una, nunca sabemos cuál es su composición. No tomes nunca más de una «pasti» simultáneamente. Es más seguro consumir la mitad de una y esperar sus efectos (el «subidón» puede aparecer al cabo de 15 a 60 min).
- Si consumes «pastis» no debes estar solo. Es preferible estar acompañado de otras personas que te puedan ayudar si «las cosas no van bien».
- Si tomas «pastis» se pueden presentar síntomas como temblores, angustia, mareos, rigidez muscular, sensaciones de ahogo, escalofríos y sudación. Es imprescindible que bebas agua y busques un sitio tranquilo y aireado donde puedas recuperarte y descansar. Si los síntomas persisten, es necesario acudir a un servicio de urgencias.
- Si aparecen síntomas de «paranoia» (vivencias de que todo el mundo te «mira» o se «ríe» de ti, que te «persiguen», que te «vigilan», que te «controlan»), es necesario que dejes de consumir y acudas a un servicio de urgencias.



- Normalmente los «bajones» suelen ser depresivos, pueden aparecer síntomas de tristeza y melancolía. No repitas el consumo de «pastis» ni utilices otras drogas para «remontar», dado que los «bajones» posteriores serán más intensos.
- Si estás en un espacio cerrado (y bailando) y has consumido «pastis», sudarás mucho y experimentarás una progresiva deshidratación. El consumo de «pastis» aumenta la temperatura corporal. No bebas alcohol ni tomes otras drogas, dado que se puede producir un «golpe de calor». Insiste en descansar, beber agua y respirar en un espacio al aire libre.
- No mezcles el consumo de «pastis» distintas ni utilices complementariamente otras drogas (cocaína, ketamina, etc.); así te ahorras efectos desconocidos e inesperados.
- Si has consumido «pastis» y/o otras drogas, no conduzcas ni aceptes viajar en un vehículo cuyo conductor las ha consumido.
- Si tienes relaciones sexuales, consumir «pastis» y/o otras drogas puede potenciar comportamientos de riesgo. Es necesario tener en cuenta la adopción de medidas preventivas.
- Recuerda que el consumo de una sola «pasti» puede provocar crisis de angustia, reacciones de pánico y/o de malestar. Decide previamente con quién y en qué lugar consumirás para hacer frente a estos síntomas en el caso de que aparezcan.
- Si tienes problemas de corazón, riñón, diabetes, trastornos emocionales y mentales, si estás embarazada o estás tomando medicación, no consumas drogas.





PUNTOS CLAVE

- Las drogas de síntesis se usan como «droga recreativa». Un 12,5% de los jóvenes y adolescentes de 14 a 19 años manifiestan haber experimentado con su consumo.
- La curiosidad, la influencia del grupo, la percepción de que son «drogas seguras», su fácil obtención y su bajo precio son variables relevantes que contribuyen a la extensión de su consumo.
- El patrón de consumo mayoritario de consumidores de drogas de síntesis es el de policonsumir otras drogas.
- Complementariamente a los efectos inmediatos del consumo, se deben considerar otros riesgos y patologías asociadas.
- Desde el ámbito de la atención primaria se recomienda que, entre otras estrategias asistenciales, se adopten programas de disminución de daños y de riesgos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Royo J, Magrané M, Velilla A, Relat J, Pardo C, Gómez S. Adolescents, joves i drogues de síntesi: un consum a tota pastilla. *Pediatría Catalana* 2002;62:121-31.
2. Royo J, Majo E, Escobet M, et al. *A Tota Pastilla*. Barcelona: Diputació de Barcelona, 1998.
3. Camí J. *Farmacología y toxicidad de la MDMA (extasis)*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, 1995.
4. Gamella JF, Álvarez-Roldán A. *Drogas de síntesis en España. Patrones y tendencias de adquisición y consumo*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Ministerio del Interior, 1997.
5. Leiva M, Torres E, Negro T, Domínguez L. Evolución del tráfico de «drogas de diseño». En: San L, Gutiérrez M, Casas M, editores. *Alucinógenos, la experiencia psicodélica*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias. Citran, 1996; p. 125-42.



6. DEA (Drug Enforcement Administration), Drugs and Chemical Evaluation Section. Methylphenidate. A background paper. Washington: U.S. Department of Justice, 1995; p. 28.
7. Escotado A. Historia de las drogas, vol. 3. Madrid: Alianza Editorial, 1994.
8. Observatorio Español sobre Drogas. Informe n.º 1. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior, 1998.
9. Rodríguez JL, González M. Mezcla explosiva. Tráfico 1997;3:14-20.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Washington: American Psychiatric Association of Washington, 1995.
11. Royo-Isach J, Magrané M, Vellilla A, et al. Drogas ilegales. Lám. 3: Las drogas de síntesis. Serie: Principales comportamientos de riesgo de jóvenes y de adolescentes. Barcelona: Edigol Ediciones, 2001.
12. Farré-Albaladejo M. Complicaciones neurológicas de las toxicomanías. Aspectos generales. Complicaciones por «cánnabis», drogas de diseño y sustancias volátiles. Archivos de Neurobiología 1989;52:143-8.
13. Grup ABS. Fundació Salut i Comunitat. De les «pastilles»... Parlem-ne. Informació i consells per a educadors. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1998.
14. Downing J. The psychological and physiological effects of MDMA on normal volunteers. J Psychoactive Drugs 1986;18:335-40.
15. Astrain A, Castiella F, Mateo M, et al. El fenómeno de las «drogas de síntesis» en Navarra (1997-1999). Plan Foral de Drogodependencias. Pamplona: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra. Gobierno de Navarra.
16. Surís JC, Parera N. Enquesta de salut als adolescents escolaritzats de la ciutat de Barcelona 1999. Barcelona: Fundació Santiago Dexeus i Font. Generalitat de Catalunya., 2000.
17. Royo J, Viladrich MC, Bayés R, et al. Efectos extrafarmacológicos en la administración de un programa de metadona. Med Clin (Barc) 1997;109:821.
18. Royo J, Viladrich MC, Bayés R, et al. Estudio, evolución y factores innovadores de un programa de intercambio de jeringuillas para usuarios de drogas en Barcelona. Intervención Psicosocial 1994;3:125-37.
19. Gamella JF, Álvarez-Roldán A, Romo Avilés N. ¿Qué contienen las pastillas de colores? Perfil químico del éxtasis. Revista Proyecto 1997;21:10-4.
20. Royo J. Adolescentes, jóvenes y drogas en el primer mundo: un consumo globalizado. MTA Pediatría 2002;23:87-113.



JORNADAS ADOLESCENTES Y JÓVENES POLICONSUMIDORES DE DROGAS: UNA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA Y EDUCATIVA

4 EL CASO DE ISAAC

4.1. DESCRIPCIÓN

Padres de 53 y 48 años que conviven juntos y tienen 2 hijos, un chico de 17 años y una chica de 15 años.

Solicitan visita al centro Amalgama-7, en relación a su hijo de 17 años, estudiante de segundo de Bachillerato, que en la actualidad se encuentra ingresado en una Unidad de Atención Intensiva de un Hospital, en Cataluña, como consecuencia de un "accidente". Su estado es de pre-coma estabilizado.

4.2. LOS HECHOS

El chico conjuntamente con dos amigos se fue a la Feria de Teatro de la ciudad de Tárrega (Lérida). Marchó un viernes y volvió un lunes por la noche.

Los padres manifiestan que su hijo volvió de Tárrega "muy extraño", decía cosas "inconexas" y hacía cosas "sin sentido". La hermana nos relata que decía cosas como:

"Todo lo que ocurre es por mi culpa..."

"No quiero que os pase nada malo..."

"Si me queréis ayudar, pegarme un tiro..."

Esta situación de "decir y hacer cosas extrañas" dura cinco días, es entonces cuando los padres lo llevan a la consulta del médico de familia, es su médico de cabecera de siempre y tienen buena relación con él.



Al sexto día de haber vuelto de Tárrega, por la noche, el chico se tira del balcón de la casa de sus padres. Milagrosamente salva la vida gracias a la intervención rapidísima de la familia y del equipo hospitalario.

4.3. PRIMERA EXPLORACIÓN

- Dado que el paciente está ingresado hospitalariamente, se inicia la exploración con los padres y la hermana.
- El comportamiento de Isaac hasta el momento puede calificarse de “normal”, dado que la familia manifiesta que nunca antes de este hecho había tenido ninguna reacción parecida.
- Su rendimiento académico es correcto. No ha repetido nunca ningún curso, ni ha tenido conflictos en ninguna de las escuelas en las que ha estado. En los dos cursos de bachillerato ha disminuido su rendimiento académico.
- En estos últimos dos años, los padres han observado que está menos comunicativo con la familia y más fácilmente irritable.
- El chico, cuando volvió de la Feria, estaba muy alterado “confuso”, teóricamente por “situaciones” que había vivido conjuntamente con sus amigos, concretamente uno de sus compañeros también tuvo comportamientos “incomprensibles” los días de Tárrega (tales como correr a toda velocidad por las calles de la población, por espacio de dos horas o más, sin reconocer a sus compañeros).
- Los padres acompañaron a su hijo al médico de cabecera (cinco días después de haber vuelto de Tárrega), quien los atendió conjuntamente. Entre otras exploraciones, hablan de drogas, aunque Isaac, según sus padres, estuvo muy silencioso en la consulta. Los padres no son conscientes de que el chico pueda tomar drogas, en cualquier caso hacen una excepción en el tema de los porros, dado que el chico hace tiempo que los había presionado para plantar cannabis en el jardín de casa, ante lo cual le plantearon dudas. Aprovechan la cita con el médico para que les de su opinión y los padres describen al médico los argumentos que su hijo les ha repetido hasta la saciedad:



› Sólo fumo de vez en cuando; si planto mi “maría” y la fumo me saldrá gratis y será sana, ya que el “costo” está adulterado.

- El médico les dice, entre otras, que “fumar porros” es un comportamiento que tienen muchos chicos de su edad y que tampoco se deben confundir pensando que si fuma porros se convertirá en un drogodependiente. El médico tiene en cuenta que el chico no roba dinero de su casa ni tampoco otros objetos de valor y que no tiene problemas en la escuela, así como que la economía del chico depende del dinero “semanada” que le dan sus padres.

4.4. CUESTIONES A VALORAR

1. ¿Consideráis que los padres debían acceder a la petición del hijo de ir a la Fiesta del Teatro de la “Feria de Tárrega”, durante cuatro días?
2. El chico, dicen sus padres y su hermana, se identifica muy intensamente con su grupo de amigos. Su mundo son sus amigos. Sus padres han dejado de tener influencia para él. A su vez, los padres identifican algunos de sus amigos como elementos de influencia muy negativa para su hijo.
¿Se puede cambiar esta realidad? En caso afirmativo, ¿cómo?
3. El médico atiende al chico junto a sus padres. ¿Qué ventajas e inconvenientes encuentran en ello?
4. El chico había pedido plantar marihuana en el jardín de su casa argumentando que era una cosa normal, dado que muchos amigos tenían plantas como esas en casa. ¿Qué respuestas creéis que se pueden dar a esta demanda?
5. ¿Qué “razones” y/o “explicaciones” consideráis posibles para explicar el intento de autolisis del chico?
6. El equipo médico hospitalario pronostica que, pasado un tiempo (días o semanas), el chico dejará la unidad de intensivos y pasará a habitación hospitalaria. ¿Qué intervenciones inmediatas consideráis las apropiadas?



5 EL CASO DE CHARLI

5.1. DESCRIPCIÓN

Padres 48 y 47 años que tienen 3 hijos, dos chicas y un chico de 20, 16, y 12 años. Su nivel socio-económico es medio-alto. Su demanda viene motivada por el hijo de 16 años, que en la actualidad ha dejado los estudios y no quiere trabajar. Hace ya un año y medio que saben que el chico fuma porros (le hicieron hacer analíticas de determinaciones de drogas en la orina una vez por semana durante tres semanas y se positivó en THC).

5.2. LOS HECHOS

- Los padres definen a Charli como un chico rebelde que ya de pequeño siempre ha tenido dificultades escolares. En la actualidad ha realizado hasta tercero de ESO y no lo ha aprobado todo.
- Los padres consultaron anteriormente a un psiquiatra, dada la preocupación por el comportamiento del hijo y por su consumo de cannabis. El psiquiatra les dijo que el consumo de cannabis es muy habitual en chicos de esta edad y que ya se extinguiría por sí solo en el futuro. Por lo tanto, ese consumo no les debía preocupar.
- Los padres definen al chico como una persona inteligente y cariñosa, pero que ha ido evolucionando hacia una irritabilidad extrema y una convivencia familiar imposible. Además, miente de forma persistente.
- Los padres tienen la convicción de que cuando el hijo tenía 15 años, conjuntamente con otros amigos, entraron en el negocio familiar con la intención de robar. La alarma se disparó. En este sentido, los padres manifiestan que no pueden tener dinero en casa por miedo a robos por parte de su hijo. A partir de estos hechos, los padres creen que el chico, además de porros, puede haber consumido cocaína ocasionalmente (máximo 3 o 4 veces).
- El chico tiró y rompió un montón de cosas de la casa familiar en un ataque de furia: les hizo chantaje porque quería dinero y los padres se negaron.
- A raíz de este hecho, los padres consultaron a otro psiquiatra (especialista en niños y adolescentes). A partir de sus indicaciones, se pusieron en contacto con un juez y obtuvieron



una orden judicial. El juez, acompañado por una pareja de la Guardia Civil, fue a la casa familiar para ver al chico (el cual se encaramó al tejado y huyó). El juez instruyó un ingreso en la UCA (Unidad de Crisis de la Adolescencia), pavellón de la Institución Psiquiátrica de Sant Boi.

- Al chico lo conducen a la UCA esposado. Recibe un tratamiento de Prozac y Triptizol, y permanece ingresado 17 días.
- Una vez ingresado en la UCA, el chico tardó una semana en pedir que sus padres lo visitaran. Al verlo, los padres lo encuentran “muy empastillado”. Tienen entrevistas con el psiquiatra de la UCA, que responsabiliza mucho a la madre de la situación del hijo. Los padres no están de acuerdo con esta apreciación.
- En la exploración previa a los hechos, detectamos que el chico ha experimentado muchos cambios escolares, donde va tiene una etiqueta de chico problemático y mala fama.
- Los padres probaron diferentes escuelas con diferentes orientaciones, y hasta un ingreso en escuela-residencia (internado).
- Finalmente lo llevaron a un instituto, en el cual el chico tampoco tuvo éxito en los estudios.
- Intentan que trabaje. Tampoco es constante en los trabajos.
- Los padres están muy sorprendidos por algunos de los amigos de su hijo, que podemos definir como personas marginales (algunos de etnia gitana).

5.3. EXPLORACIONES

- El chico acude a la visita con una actitud muy poco cooperante, y viene porque ha cedido finalmente a la presión de los padres.

Respecto a las drogas

- Es consumidor diario de cannabis de 2 años de evolución, con una frecuencia media diaria 7/8 porros, consumo que aumenta considerablemente los fines de semana.



- Consumidor habitual de drogas de síntesis (fines de semana y fiestas), ha experimentado con alucinógenos (tipo Rollins, Estrellas de fondo rojo, Fass-Freddie y Simpsons).
- El último fin de semana (antes del ingreso en la UCA) había adquirido 1,5 g de cocaína, que se administró esnifada y haciendo “chinos” (fumada).
- Acepta que hace mucho tiempo que coge dinero de sus padres (un billete de 50 euros de la cartera del padre, siempre que puede...), aunque los padres le dan una semana de 40 euros.
- Confirma que él y sus amigos entraron a robar en la casa del negocio familiar.

Respecto a la familia

- Define a su padre como alguien que “no me tiene confianza (porque no me deja las llaves del coche)” y a la madre como alguien que se ríe de él (“dice que estoy mal de la cabeza”), que tampoco “me tiene confianza y que es muy nerviosa”.
- Dice de su hermana mayor que siempre está enfadada y hace mala cara y que tampoco va bien en los estudios. Y define a su hermana pequeña como una consentida y una mimada por parte de sus padres.
- En la exploración psicopatológica familiar, detectamos que la abuela paterna y un tío del padre habían tenido problemas psiquiátricos.

Respecto a la escuela y al trabajo

- Charli no quiere estudiar ni trabajar, no se hace ningún planteamiento de futuro, simplemente está motivado por salir de fiesta, fumar porros y tomar drogas.

Respecto a los amigos

- Los amigos más cercanos tienen comportamientos de consumo de drogas similares a los de Charli.
- Charli tiene gran facilidad de socialización y es capaz de hacer amigos fácilmente, incluso con personas que han tenido experiencias sociales y familiares equidistantes a la suya.



Situación actual

- El chico ha acompañado a su padre y a un tío en un viaje a Nueva York que éstos han realizado por motivos laborales.
- La experiencia resultó muy difícil. Charli se escapó, quería tirarse por un balcón del hotel (un rascacielos), pasó cannabis por la frontera...
- La familia está desconcertada. Después de más gestiones se ha programado un nuevo ingreso en la UCA. El chico permanecerá ingresado 18 días más. Sus padres se preguntan: y luego, ¿qué?

5.4. CUESTIONES A VALORAR

1. Los padres manifiestan que Charli siempre ha sido un chico rebelde, pero ahora han perdido absolutamente el control. ¿Cuáles son las variables que han intervenido para que suceda este hecho?
2. ¿Cómo valoran la facilidad del chico para hacer amigos marginales y su facilidad de adaptación a otras escalas de valores morales (que lo pueden incluso llevar a robar en el negocio familiar)?
3. Los padres han hecho hasta cuatro cambios de escuela (del Opus a la concertada, del internado al instituto). ¿Cómo valoran estos cambios?
4. Los padres acuden a dos psiquiatras antes del primer ingreso en la UCA. El primero los tranquiliza respecto al consumo de cannabis del hijo, el segundo les aconseja la intervención judicial para conseguir el ingreso en la UCA. ¿Cómo valoran estas intervenciones?
5. Una vez en la UCA, el chico no está motivado para ver a sus padres. Éstos no tienen buena experiencia con relación al equipo profesional de la UCA. ¿Cómo valoran esta situación?
6. Dentro de dos semanas al chico le darán el alta de la UCA y le prescribirán un seguimiento ambulatorio en un CAP. Los padres están muy asustados. ¿Qué intervención es posible dada esta situación?







Subvencionado por:



POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

COORDINADORA ESTATAL DE PLATAFORMAS SOCIALES SALESIANAS

C/ Alcalá, 164 • 28028 Madrid

91 361 00 50

info@psocialesalesianas.org

www.psocialesalesianas.org