

## Revisión

### El adolescente y las drogas ilegales

G. CASTELLANO BARCA

C.S. La Vega Z. Consulta Joven. GRUTA (Grupo Trabajo Adolescencia). Cantabria

#### RESUMEN

Es evidente que los riesgos para la salud de los adolescentes nunca pueden reducirse a cero, pero en las últimas décadas se está produciendo un incremento en el consumo de drogas ilegales al tiempo que aumenta en la sociedad la cultura pro-consumo. Uno de cada cuatro adolescentes de 14 a 18 años de edad consume *cannabis*, el 3% consumen cocaína y en torno al 1-2% usan drogas de síntesis. Con ser éstas unas cifras preocupantes lo es más aún la baja percepción de riesgo que tienen y la banalización del problema. Debe hacerse prevención a través de la familia, que deberá ejercer una autoridad afectiva compartida y responsable; debe mejorarse de forma urgente la Educación para la Salud en la escuela, en la consulta y a través de los medios de comunicación idóneos (Internet tiene gran interés para este grupo de edad) ya que el consumo de sustancias ilegales constituye un problema de salud pública ante el cual los pediatras deben involucrarse.

Es necesaria la detección precoz de consumidores en las consultas clásicas o para adolescentes que, por sus características, son preferidas.

**Palabras clave:** Droga; Dependencia; Riesgo; Adolescencia; Prevención.

#### ABSTRACT

It is clear that risks to adolescent's health can never be reduced to zero, however, an increase in illegal drug consumption has been occurring in the last decades while the pro-consumption culture increases in society. One out of every 14 to 18 year old adolescents use cannabis, 3% use cocaine and about 1%-2% use synthetic drugs. Even though these are values of concern, the low perception of risk they have and the banalization of the problem are even more so. Prevention must be performed through the family that should exert shared and responsible affective authority, Education for Health in the school, medical office and through the best communication media (Internet is very interesting for this age group) should be improved urgently, since illegal substance consumption is a public health problem that pediatricians should become involved in. Early detection of consumers in the classical and adolescent medical visits, the latter being preferred due to their characteristics, is necessary.

**Key words:** Drug; Dependence; Risk; Adolescence; Prevention.

#### INTRODUCCIÓN

Parece lógico que el pediatra atienda al adolescente ya que le asistió en su desarrollo, en el más amplio sentido de

*Correspondencia:* Germán Castellano Barca. CS La Vega Z. Consulta Joven. GRUTA (Grupo Trabajo Adolescencia). Avda. Constitución s/n 39300 Torrelavega (Cantabria). *Correo electrónico:* castellano@saludalia.com  
*Recibido:* Septiembre 2004. *Aceptado:* Septiembre 2004

la palabra, así como en sus procesos patológicos y conoce de siempre su entorno. Además, si hay una especialidad ligada a crecimiento ésta es pediatría, y a los 14 años no se ha terminado el crecimiento somático y menos aún el psico-social, lo que permite plantearse la atención sanitaria a este grupo de edad hasta los 16-18 años. Actualmente el nivel de la pediatría española es excelente, como demuestran las cifras de morbi-mortalidad y el desarrollo asistencial y científico que llevan aparejados. En 2004 estamos incluidos en la llamada EurA con baja mortalidad infantil y adulta en contraste con EurB y EurC, que tienen peores cifras.

Junto a estos hechos positivos que conforman la que podríamos llamar pediatría clásica están otros nuevos, como el peso creciente en las consultas diarias de la patología psico-social y dentro de ésta se encuentra lo relacionado con las drogas, especialmente las ilegales, que a nuestro entender no es lo suficientemente conocido y valorado por las siguientes razones:

1. No era, o no es, materia contemplada en los planes de estudio con la dedicación que corresponde a un grave problema de salud pública.
2. La asistencia a los adolescentes puede ser incómoda.
3. La consulta para adolescentes no puede desarrollarse con la metodología de la consulta clásica pediátrica.
4. Las autoridades sanitarias no valoran lo suficiente esa actividad que por otra parte no es medible a corto plazo.
5. Todo lo relacionado con el consumo de drogas ilegales puede ser perturbador y muchas veces difícil de tratar, lo cual no justifica en absoluto que hagamos una dejación de funciones, ya que a los 14 años, edad en que generalmente pasan a ser atendidos por el médico de familia, existe consumo de drogas ilegales.

## SITUACIÓN ACTUAL

El 24% de los chicos y el 19% de las chicas de 14 a 18 años han consumido *cannabis* en el último mes, uno de cada tres españoles lo ha probado y 300.000 personas lo fuman a diario. En un estudio hecho en Cantabria y publicado en 2001 el 10,2% de los adolescentes de 12 a 16 años declaraban consumir hachís<sup>(1)</sup>. La Oficina Regional para Europa de la OMS informa en 2004 que en una encuesta realizada a 162.000 jóvenes de 11, 13 y 15 años de edad en Europa y Norteamérica

consumen hachís el 22%, de ellos el 8% con regularidad. En España el 3% ha probado la cocaína en esa misma franja de edad, mientras que las cifras para drogas de síntesis están en torno al 2% y para las anfetaminas en el 1%, siempre para ese grupo de edad. La población adulta europea que consume *cannabis* está entre el 5-10%. Francia aporta en 2004 un dato alarmante: el consumo o de tabaco ha bajado en los adolescentes y el del *cannabis* ha igualado el del alcohol.

Menos del 1% de la población adulta europea ha probado la heroína, aunque en algunos países la cifra llega al 2-3%, o la supera. En cuanto a la cocaína se han producido cambios en el sentido de que se está iniciando el consumo alrededor de los 17 años acudiendo a centros de desintoxicación con 20-24 años cuando hasta hace pocos años los consumidores de entre 25-29 años se habían iniciado a los 19-20 años. La Fundación de Ayuda contra la Drogadicción afirma en 2004 que el 37% de los adolescentes no ve peligro en consumir cocaína y que siete de cada cien de esa edad la han probado. Según sus datos el 17,9% de los consumidores habituales de cocaína también lo son del alcohol y el 10,7% del *cannabis*.

El perfil del usuario del programa de cocaína es el de un varón de 30 años que empezó a consumir a los 21, ocupado en el 58% de los casos, parado en el 22% y estudiando en el 6%. La asociación de cocaína y otras drogas se relaciona con criminalidad ya que el 12% de los cocainómanos han sido condenados y el 19% tienen algún juicio pendiente.

En los últimos años ha ido creciendo la cultura pro-consumo basada en consideraciones ideológicas, comerciales y de estilo de vida, especialmente en lo que se refiere al *cannabis*, que es considerado por muchos jóvenes como inocuo. La opinión sobre la peligrosidad del éxtasis (84%) o la cocaína (87%) sigue siendo alta pero no ha variado en los últimos años. El adolescente ve el consumo de *cannabis* o "pastillas" como algo habitual, lo que lleva a una normalización de esta conducta y a una disminución en la percepción del riesgo. El Instituto Nacional de Toxicología informa que en 2003 el 30,9% de los fallecidos en accidente de tráfico habían consumido alcohol en cantidades no permitidas y el 6,2% habían mezclado alcohol con drogas, cocaína en el 4,4%, *cannabis* en el 1,2% y anfetaminas en el 0,7%. De ese total de positivos los menores de 20 años son el 26,9%.

La estabilización del consumo de heroína en Europa ha coincidido con la expansión de su uso en algunas zonas

de Asia y países del este europeo. En Rusia hay más adictos a los opiáceos, dos millones y medio, que en el conjunto de la UE, millón y medio. Tras las limitaciones en la producción de cocaína en Perú y Bolivia, la producción ha pasado a Colombia y la de heroína, de Tailandia, Birmania y Laos a Afganistán, donde en 2003 se vendieron 3.600 toneladas de resina para producir heroína.

El Observatorio Europeo de Drogas ha publicado la situación en esta materia de los diez nuevos estados miembros de la UE, algunos de los cuales fueron asesorados por España, apareciendo resultados diversos; así, Eslovenia es el único que en la actualidad ofrece tratamientos sustitutivos y en Letonia se afirma que el 7% de los jóvenes de 13 a 15 años habían probado la heroína, mientras que en la República Checa la cocaína tiene escasa prevalencia. Lo expuesto lleva a considerar este fenómeno como algo supranacional y así se están planteando estrategias comunes para Europa.

El Tribunal Supremo fijó en febrero de 2004 la venta de diez miligramos de hachís como delito, en 50 mg para la cocaína y en 20 mg para el éxtasis, cifras a partir de las cuales estima que hay peligro para la salud.

## ALGUNOS CONCEPTOS

- *Droga de abuso*: se aplica este término a aquellas sustancias psico-activas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia física, psíquica, o ambas y que ocasiona en muchos casos grave deterioro psico-orgánico y de conducta social<sup>(2)</sup>.
- *Consumo ocasional*: no tiene trascendencia, "lo pruebo una vez y no repito".
- *Uso o consumo circunstancial*: es un consumo que puede repetirse si se dan las circunstancias adecuadas, y ser el inicio de una dependencia.
- *Abuso*: se refiere a "cualquier consumo de droga que puede producir daños físicos, mentales o sociales".
- *Hábito*: es la costumbre de consumir una sustancia sin poder prescindir de ella por haberse adaptado a sus efectos.
- *Dependencia*: en 1982 la OMS la define como "síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a

otros comportamientos considerados habitualmente más importantes". Se puede considerar desde el aspecto físico y el mental. A ese concepto la Asociación Americana de Psiquiatría (DMS-IV) añade el aspecto social.

- *Adicción*: es una forma grave de dependencia.
- *Tolerancia*: la presencia regular en el organismo de una sustancia hace necesaria una dosis cada vez mayor para obtener los mismos efectos<sup>(3)</sup>. En cierto modo es una taquifilaxia.
- *Fenómeno de tolerancia*: se da en los usuarios de marihuana, que no experimentan sus efectos hasta la segunda o tercera vez que la consumen<sup>(4)</sup>.
- *Fenómeno de tolerancia revertida*: es la situación opuesta, el sujeto puede necesitar menos dosis para obtener los mismos efectos. Se debe al acúmulo de los derivados del *cannabis* en los tejidos grasos y su lenta liberación.

## EFFECTOS DE LAS DROGAS

Revisaremos los efectos de las drogas ilegales siguiendo en parte la descripción que el Plan Nacional de Drogas hace en su Guía<sup>(3)</sup> por parecernos didáctica y suficiente para un conocimiento general del pediatra.

### Cannabis

Su principio activo es el tetrahidrocannabinol (THC), comercializándose con el nombre de hachís el derivado procedente de la resina almacenada en las flores hembra originando una pasta marrón que recuerda el chocolate, con un contenido en THC del 10-20%. El otro componente es la marihuana, elaborada a partir de la trituración de hojas, flores y tallos con un contenido de THC del 3-14%. El aceite de hachís puede contener hasta un 60% de THC. Los dos primeros se fuman, conociéndose con el nombre de "porro", "petardo", "costo", "chocolate", "peta", etc. De la *Cannabis sativa* se conocen hasta 60 cannabinoides.

- *Efectos fisiológicos*: aumento del apetito, ojos brillantes y enrojecidos, sudoración, taquicardia, somnolencia, mala coordinación motora.
- *Efectos psicológicos*: relajación, desinhibición, sensación de lentitud, alteraciones sensoriales, dificultades para hablar, memorizar, aprender o concentrarse, hilaridad.

- **Riesgos:** al almacenarse en tejidos grasos como el cerebro, tiene una vida media larga, por lo que a los 7 días de su consumo se mantiene en el cuerpo el 50% del principio activo, tardando dos meses en la eliminación total, lo que producirá un alargamiento de los efectos descritos que van a interferir en la vida normal del consumidor. Se describen en ocasiones crisis de pánico y ansiedad y varios estudios afirman que los consumidores de esta sustancia presentan con más frecuencia que otros grupos de control esquizofrenia. El 10% acaban con síntomas de abstinencia-dependencia. La mitad de los casos que precisan desintoxicación en menores de 19 años son por el cannabis.

### Cocaína

Tras diversas manipulaciones se obtienen estos derivados:

*Clorhidrato de cocaína*, la forma más conocida en Europa, que se consume esnifada, pero puede inyectarse, y se conoce con los nombres de “nieve”, “harina” o “perico”.

*Sulfato de cocaína*, también llamada basuko o bazooka, que se fuma mezclada con tabaco o marihuana, o se inhala. Contiene un 40-85% de sustancia activa.

*Cocaína base o crack*, poco soluble en agua, pero muy volátil y resistente, lo que permite que pueda fumarse calentándola sobre papel de aluminio<sup>(5)</sup> e inhalando los vapores (“chinos”). Contiene entre el 35-95% del clorhidrato de cocaína empleado.

- **Efectos fisiológicos:** resistencia a la fatiga, insomnio, inapetencia, aumento de la presión arterial.
- **Efectos psicológicos:** locuacidad, hiperactividad, aumento de la libido, euforia, mayor sociabilidad, aceleración mental.
- **Riesgos:** depresión, ideas paranoides, gran dependencia psíquica, fenómenos de rebote a la supresión en forma de depresión, irritabilidad o letargia. Pérdida de apetito intensa, perforación del tabique nasal, cardiopatía isquémica, infartos cerebrales.

### Drogas de síntesis

Conocidas popularmente como éxtasis, son derivados de algunas anfetaminas sintetizadas a finales del siglo XIX, presentadas en pastillas de formas y colores diferentes. Son entactógenas y empatógenas, favoreciendo el contacto y la sociabilidad.

MDMA (*metilendioxi metanfetamina*), llamada “Adán”. La más habitual.

MDA (*metilendioxi anfetamina*), conocida como “droga del amor”.

MDEA (*metilendioxi etil anfetamina*), llamada “Eva”.

DOM (*dimetoxi anfetamina*), conocida como STP, “serenidad, tranquilidad y paz”.

A este conjunto de sustancias se las denomina también “drogas club”.

- **Efectos fisiológicos:** sudoración, taquicardia, sequedad de boca, temblores, contracciones de la mandíbula, hipertermia, deshidratación, arritmias, hipertensión.
- **Efectos psicológicos:** inquietud, euforia, locuacidad, desinhibición, aumento del deseo sexual, incremento de la autoestima, empatía, sociabilidad, agobio.
- **Riesgos:** crisis de ansiedad y de pánico, alteraciones psicóticas, hipertermia, depresión, convulsiones, insuficiencia renal rabdomiólisis, coagulopatías, insuficiencia hepática, trombosis e infartos.

### GHB

Se la llama incorrectamente “éxtasis líquido”, ya que no tiene nada que ver con el éxtasis MDMA. Corresponde a gamma-hidroxi butirato y apareció en el mercado español en 1996. Es una droga euforizante, ansiolítica y que en cierto modo se parece al alcohol, al cual se asocia muchas veces, originando cuadros muy graves que pueden llevar al coma e incluso a la muerte pasando por hipotermia, alucinaciones, confusión mental y trastornos respiratorios.

### Anfetaminas

Tienen una larga historia hasta que en 1983 se reguló su uso.

- **Efectos fisiológicos:** taquicardia, insomnio, sequedad de boca, sudoración, hipertensión, pérdida de apetito, contracciones mandibulares.
- **Efectos psicológicos:** verborrea, grandiosidad, euforia, agitación, mejora de la autoestima, agresividad, alerta y vigilancia muy altas.
- **Riesgos:** depresiones, delirios paranoides, psicosis semejantes a esquizofrenia con delirios y alucinaciones, colapsos, arritmia, hipertensión, alteraciones digestivas.

## Alucinógenos

Usados en antiguas civilizaciones desde tiempos inmemoriales con fines religiosos han pasado a usarse con fines recreativos. Se conocen con el nombre de "ácido" o "tripi", del inglés *trip*, viaje. El más utilizado es la *dietilamida del ácido lisérgico* (LSD), descubierto en 1938. Rara vez crea dependencia pero sí una rápida tolerancia, precisando dosis cada vez mayores, hasta un límite, de modo que a los 4-5 días de consumo seguidos deja de hacer efecto por mucho que se tome<sup>(6)</sup>.

- *Efectos fisiológicos*: taquicardia, hipotensión, descoordinación motora, hipertermia, midriasis.
- *Efectos psicológicos*: alucinaciones, delirios, euforia, confusión mental, alteración de la percepción incluyendo la propia autoimagen, hipersensibilidad sensorial.
- *Riesgos*: intentos de suicidio, reacciones de pánico, "mal viaje", reacciones psicóticas, reaparición de alucinaciones sin que se haya consumido la sustancia, *flash-back*, o trastorno perceptivo persistente por alucinógenos.

## Pegamentos inhalados

Son usados especialmente por adolescentes marginales. Un hidrocarburo contenido en el pegamento, tolueno, se absorbe y llega al cerebro, donde produce una destrucción de la mielina neuronal.

## PREVENCIÓN

De la misma forma que en la historia clínica se pregunta sobre la alimentación de escolares y adolescentes (lactantes y pre-escolares están muy controlados), o acerca del consumo de televisión, informática, otros medios audiovisuales, práctica de deporte y estilo de vida, el pediatra ha de tener presente la posibilidad de que esté ante un adolescente que consume alguna droga ilegal, sobre todo hachís o marihuana, y deberá desarrollar las habilidades necesarias para hacer una entrevista clínica apropiada que le ponga en la pista de algún consumo nocivo. Al menos deberá tener un alto índice de sospecha. Tengamos presente que el consumidor reiterado de droga lo hace para huir de sí mismo y no podrá escapar nunca de sí mismo, circunstancia especialmente grave a esa edad.

Teniendo en cuenta las cifras que hemos ofrecido, consideramos que se hace una dejación de funciones si los sanitarios no se involucran en la prevención en alguna forma, al igual que en los últimos años se está empezando a hacer en la lucha contra el tabaquismo. En Cataluña, a partir del curso 2004-2005, se hará detección de trastornos mentales en la población adolescente y juvenil, hecho impensable hasta hace poco tiempo. El 60% de los europeos consideran que la prevención debe hacerse a través de las medidas legales, mientras que el 44% de los españoles se abonan a la tesis de información y desintoxicación.

Los posibles caminos para la prevención son los siguientes:

1. La **familia** es el primer agente de salud y la única entidad que a lo largo de la historia de la humanidad ha resistido los avatares antropológicos, culturales, religiosos, sociales y económicos. Ha de ser ejemplar, afectiva, educadora, transmisora de valores éticos, morales y humanísticos y debe ejercer una autoridad compartida y responsable, con normas, sin las cuales no es posible un desarrollo psico-social adecuado. Ella ha de poner el contrapunto a una sociedad de consumo, deshumanizada y economicista a ultranza en la que "tanto tienes tanto vales" y prima "el tener sobre el ser". La familia debe ser un guía que le ayude a conocer y descubrir todo lo relacionado con el crecimiento personal. Debe conseguir un joven autónomo y crítico. La familia debe valorar los datos estadísticos publicados a mediados de 2004, antes de la ampliación de la U.E, según los cuales el 79% de los jóvenes españoles cree que puede conseguir droga cerca de su casa, frente al 63% de la media europea, el 66% afirma que tiene acceso fácil a la droga en la escuela o cerca de la escuela, frente al 57% de los europeos, y el 92% opina que es fácil adquirirla en fiestas frente al 79% de los jóvenes de otros países de nuestro entorno.
2. **Educación para la salud**, materia pendiente en nuestro desarrollado sistema de salud, y que debe hacerse con técnicas adecuadas que no son objeto de este trabajo:
  - *En la escuela*, a la que deben acudir los sanitarios como una actividad más de su trabajo ya que es el lugar idóneo donde convergen padres, alumnos, profesores y sanitarios.

- En la *consulta* que podrá ser:
  - Tradicional
  - Consulta joven
  - Consulta en el centro escolar

Recordemos que el 75% de la población pasa por las consultas de Atención Primaria. El 90% lo hace en 5 años con un promedio de 5-6 visitas al año para la población adulta y menos de la mitad para los adolescentes. En la consulta pueden y deben ofrecerse consejos sobre el peligro del consumo de drogas buscando un punto de encuentro entre pediatra y adolescente<sup>(7)</sup>.

- *A través de los medios de comunicación:*
  - *Clásicos* como TV, prensa, y radio, de los cuales el primero podría ser más efectivo, y que no son ni buenos ni malos, depende del uso que se haga de ellos.
  - *Internet*, creando páginas *web* atractivas por su contenido en la que hallen información adecuada a sus dudas y preocupaciones y en las que puedan hacer consultas de forma interactiva. Este método ya está funcionando en algunos lugares.

En resumen se trata de hacer un papel de educadores a todos los niveles acercando a los niños y adolescentes a la llamada "área de irradiación de los valores, en la que irá conociéndose, creciendo como persona, descubriendo la vida y trazando su desarrollo".

Los diferentes lemas usados en campañas oficiales de prevención como "*Piensa por ti, sin duda, sin droga*", "*La droga*

*es una pistola que se fuma*", "*Las drogas pasan factura*", "*Ten cerebro, pasa de la droga*", quizá pueden resumirse en una de las últimas que dice así: "**La educación es la clave, la educación lo es todo**".

## BIBLIOGRAFÍA

1. Paniagua Repetto H, García Calatayud S, Castellano Barca G, Sarrallé Serrano R, Redondo Figuero C. Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno. *Anales Españoles de Pediatría* 2001; **55**: 45-52.
2. Martín del Moral M, Lorenzo Fernández P. Conceptos fundamentales en drogodependencias. *Drogodependencias*. Editorial Panamericana; 2001. p. 3-29.
3. Pascual C, Cavestany M, Moncada S, Salvador J, Melero JC, Pérez de Arroz pide JA. Drogas más información menos riesgos. *Tu Guía. Plan Nacional sobre Drogas* 2003.
4. González-Meneses A, Durán de Vargas LE. Consumo de Drogas: marihuana, drogas de síntesis y otras. *Medicina de la adolescencia. Atención integral*. Ergon; 2004. p. 200-6.
5. Campos Franco J, González Quintela A, Alende Sixto MR. Complicaciones médicas del uso de cocaína. *Jano* 2-8 abril 2004. Vol LXVI N° 1515.
6. Bouso Saiz JC. *Qué son las drogas de síntesis*. RBA Integral. 2003.
7. Royo Isaac J. Adolescentes, Jóvenes y Drogas en el primer mundo: un consumo globalizado. *MTA-Pediatría* 2002; **23**(3): 87-113.