
Tendencias, características y problemas asociados al consumo de drogas recreativas en España

CRISTINA INFANTE, GREGORIO BARRIO, EMILIANO MARTÍN

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Calle Recoletos 22, 1º. 28001 Madrid

Enviar correspondencia: Gregorio BARRIO. Observatorio Español sobre Drogas. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Calle Recoletos 22, 1º. 28001 Madrid. Tel: 915372786. Fax: 915372788. E-mail: gbarrio@pnd.mir.es

Resumen

Se revisan las características, tendencias y repercusiones del consumo de algunas drogas recreativas (principalmente, éxtasis, anfetaminas y alucinógenos) en España, basándose en diversas fuentes, básicamente encuestas domiciliarias y escolares, indicadores de problemas (tratamiento, urgencias y mortalidad), y estudios etnográficos sobre consumidores.

La prevalencia de consumo es relativamente baja comparada con la de otras drogas recreativas, como alcohol o cánnabis. Generalmente, se consumen de forma ocasional, en fines de semana, y en espacios lúdicos. Los consumidores son muy jóvenes, mayoritariamente varones, y suelen consumir también otras drogas psicoactivas. En el caso del éxtasis, se detecta una tendencia al aumento del consumo, y, entre los estudiantes de 14-18 años, al descenso del riesgo percibido ante el consumo ocasional. La implicación del éxtasis, anfetaminas o alucinógenos en los tratamientos ambulatorios y en las urgencias hospitalarias por drogas es menos frecuente que la del alcohol, heroína o cocaína, pero en las urgencias su implicación es creciente. Además, recientemente han comenzado a aparecer urgencias (generalmente, con disminución del nivel de conciencia) relacionadas con el consumo de Gamma-Hidroxi-Butirato (GHB).

Se discuten las implicaciones de esta situación para el desarrollo de programas asistenciales, preventivos y de reducción del daño.

Palabras clave: Éxtasis. Anfetaminas. Alucinógenos. Gamma-Hidroxi-Butirato. Drogas recreativas. Patrones de consumo. Problemas de salud.

Summary

To review the characteristics, tendencies, and consequences of the consumption of certain recreational drugs (mainly, ecstasy, amphetamines, and hallucinogens) in Spain, based on different sources, basically house and school surveys, indicators of problems (treatment, emergencies, and mortality), and ethnographic studies in consumers.

The prevalence of consumption is relatively low compared with that of other recreational drugs such as alcohol or cannabis. Generally, they are consumed occasionally, at weekends and in recreational places. Consumers are young, the majority are males, and usually also consume other psychoactive drugs. In the case of ecstasy, a tendency toward an increase in consumption is detected, and, among students of 14-18 years, a decrease of the perceived risk of occasional consumption. The involvement of ecstasy, amphetamines or hallucinogens in outpatient treatments and in hospital emergency department for drugs is less frequent than that of alcohol, heroin or cocaine, but in emergency departments their involvement is growing. Furthermore, emergencies have begun to recently appear (generally, with a decrease in the level of consciousness) related to Gamma-Hydroxy-Butirate (GHB).

The implications of this situation for the development of programmes of assistance, prevention, and harm reduction are discussed.

Key words: Ecstasy, amphetamines, hallucinogens, gamma-hydroxy-butirate, recreational drugs, patterns of consumption, health problems

INTRODUCCIÓN

La capacidad de recrearse (divertirse, pasarlo bien, relacionarse de forma satisfactoria con los demás, aprovechar y gozar más intensamente de las oportunidades del entorno, etc.) es consustancial al ser humano. Con este fin los grupos y civilizaciones han desarrollado diversas estrategias e instrumentos. Uno de ellos ha sido el consumo de sustancias capaces de alterar la percepción, los estados de conciencia o la capacidad de reacción a los estímulos externos. El uso de productos vegetales con estos fines ha estado presente seguramente desde los albores de la humanidad, aunque a menudo confinado por las normas grupales a espacios y tiempos concretos. Actualmente la síntesis química ha permitido ampliar muchísimo la panoplia de drogas psicoactivas disponibles. Además, hay suficientes evidencias que demuestran que a pesar de los esfuerzos por prohibir y controlar su comercio, estas sustancias son más accesibles que nunca.

No cabe duda de que actualmente los fines recreativos son seguramente, junto al control de la ansiedad, uno de los motivos más frecuentes de uso de drogas psicoactivas en muchos países, incluida España. Por otra parte, hay bastante coincidencia temporal entre la extensión del consumo de estas drogas y el desarrollo de la industria del ocio y el espectáculo, caracterizada por la intensa mercantilización de los espacios de encuentro (macrodiscotecas, conciertos masivos, pubs, etc.), y la venta de emociones fuertes y rápidas de todo tipo. En este ambiente, algunas drogas psicoactivas se han colado como un complemento o instrumento más al servicio de la diversión y el espectáculo. Se han diseñado nuevos productos, o se han buscado usos nuevos a productos ya existentes. Este es el caso de la MDMA que fue sintetizada en 1912, y sufrió diversos avatares en la industria farmacéutica y en la clínica hasta recalar en los espacios de fiesta y diversión con una aureola de atoxicidad¹.

A pesar de que muchas drogas psicoactivas pueden usarse con fines recreativos, en

este trabajo con el término “drogas recreativas” se hace referencia a algunas drogas usadas casi exclusivamente con este fin. En concreto, a los estimulantes distintos a cocaína (principalmente éxtasis y anfetaminas) y a los alucinógenos. La consideración conjunta de estas drogas tiene sentido porque con mucha frecuencia se produce el consumo concomitante de dos o más drogas de este tipo, a veces incluso de forma involuntaria, al tomar productos vendidos como “éxtasis” cuyo contenido real puede ser anfetamina u otros derivados de las feniletilaminas, y porque a la hora de evaluar su impacto sobre la salud a menudo es difícil separar los efectos de los tres tipos de sustancias². Por su actualidad, se incluyen también algunos productos de reciente introducción como el gammahidroxibutirato (GHB o éxtasis líquido) y la ketamina. No se han incluido algunas drogas muy consumidas en ambientes recreativos, como la cocaína, el cannabis, y el alcohol, porque ya han sido objeto de otras monografías en esta misma publicación.

En España existía un cierto consumo de anfetaminas y alucinógenos desde finales de los años sesenta, sin que causaran una excesiva preocupación social. La experimentación con alucinógenos se mantuvo siempre en círculos muy restringidos. Las anfetaminas, en cambio, se adquirían en la farmacia y se usaban ampliamente para preparar exámenes, adelgazar o vencer el sueño en trabajos que requerían mantener la alerta, aunque un programa sanitario dificultó mucho el aprovisionamiento de anfetaminas en las farmacias a partir de 1983. Sin embargo, a finales de esa década empezaron a aparecer en el mercado ilegal sustancias sintéticas parecidas a las anfetaminas, a las que se denominó de forma genérica “drogas de diseño” o “drogas de síntesis”, porque se elaboraban sustituyendo o añadiendo ciertos radicales a algunas moléculas ya conocidas, como la anfetamina o la metanfetamina. Entre las más conocidas están la 3,4-metilendioximetanfetamina (MDMA o ‘éxtasis’), la 3,4-metilendioxianfetamina (MDA o ‘píldora del amor’) y la 3,4-metilendioxietilfanfetamina (MDEA o ‘Eva’)^{3,4}.

En 1987 se decomisaron por primera vez en Ibiza algunas pastillas de metilendioximetanfetamina (MDMA o éxtasis), y pronto comenzó a aparecer esta sustancia u otras similares en otras partes del país. Desde entonces las drogas de diseño han mantenido un continuado y ascendente protagonismo en los medios de comunicación españoles y han llegado a causar cierta alarma social, explicable por el continuo aumento de los decomisos, el hecho de que su consumo afecte no sólo a grupos de marginados y desarrapados, sino también a jóvenes de las clases acomodadas, la atribución a estas drogas de algunas muertes súbitas y otras reacciones graves, la sospecha de que podrían estar implicadas en algunos accidentes de tráfico, y los resultados de las investigaciones neurológicas que han detectado alteraciones cerebrales asociadas al consumo de éxtasis, que podrían tener consecuencias a largo plazo. La sensibilidad social existente justifica, pues, la realización de revisiones periódicas sobre la evolución del consumo y los problemas asociados al mismo en nuestro país.

A continuación se describen: 1) las variaciones temporales y geográficas del consumo de drogas recreativas en España. 2) el contexto, los patrones y las características del consumo de estas drogas, y 3) los principales problemas sanitarios y sociales asociados a su consumo y su evolución temporal.

METODOLOGÍA

Fuentes de datos

Los resultados de este trabajo se basan en la síntesis e interpretación conjunta de las evidencias y conclusiones de varios estudios y sistemas de información sobre consumo y problemas de drogas, principalmente de ámbito nacional, que han utilizado fuentes y métodos diversos para recoger y analizar los datos. Las principales fuentes y sistemas de información utilizados han sido los siguientes: 1) Encuestas domiciliarias sobre drogas de 1997, 1999 y 2001⁵. 2) Encuestas escolares

sobre drogas de 1994, 1996, 1998 y 2000⁶. 3) Indicadores de admisiones a tratamiento, urgencias y mortalidad del Observatorio Español sobre Drogas⁷. 4) Otros estudios y fuentes de información^{8,9,10,11,12}.

Encuesta domiciliaria sobre drogas (EDD)

Se trata de una encuesta bienal impulsada por el Plan Nacional sobre Drogas y dirigida a la población general de todas las comunidades autónomas. El rango de edad de la población de referencia ha variado con el tiempo, pero se ha homogeneizado en el momento del análisis en 15-64 años. El tamaño de la muestra se sitúa entre 9000 y 10000 entrevistados. La afijación de la muestra por comunidad autónoma es desproporcional, aumentando el peso relativo de las comunidades pequeñas para mejorar la precisión de sus estimaciones. Igualmente se ha sobrerrepresentado en la muestra el grupo de edad de 15-39 años, que es el grupo donde está más extendido el consumo de drogas psicoactivas ilegales. El método de muestreo es polietápico, estratificado por conglomerados, con selección aleatoria sucesiva de secciones censales (primera etapa), hogares (segunda etapa), e individuos dentro del hogar (tercera etapa). El entrevistador no puede realizar la sustitución de los hogares o individuos que no es posible encuestar. Inicialmente se selecciona una muestra mayor que la que finalmente se obtiene con el fin de compensar las no respuestas globales. El cuestionario es administrado por entrevista cara-a-cara en el domicilio de la persona, aunque las preguntas relacionadas con el consumo de drogas son autocumplimentadas por el propio entrevistado mediante papel-y-lápiz con objeto de facilitar el anonimato de las respuestas.

Encuesta escolar sobre drogas (EED)

Se trata igualmente de una encuesta bienal impulsada por el Plan Nacional sobre Drogas y dirigida a los estudiantes de 14 a 18 años de todas las comunidades autónomas. Se entrevista aproximadamente a 20000

alumnos, repartidos en 800-900 aulas y 400-500 colegios. El diseño muestral es probabilístico, bietápico y con estratificación de las unidades de primera etapa (colegios) según sean públicos o privados. La probabilidad de selección de los colegios es proporcional a su tamaño. Dentro de cada colegio se seleccionan generalmente 2 aulas (unidades de segunda etapa) de forma aleatoria simple y se administra el cuestionario a todos los alumnos de las aulas seleccionadas. La asignación muestral por Comunidad Autónoma es desproporcional con el fin de aumentar el peso relativo de las comunidades más pequeñas. El trabajo de campo se desarrolla generalmente en otoño (noviembre y diciembre). Los alumnos cumplimentan con papel-y-lápiz un cuestionario mientras el profesor permanece en el aula sentado en el estrado. A la hora de interpretar los datos de los alumnos de 18 años hay que tener en cuenta que en este grupo hay alta proporción de repetidores, por lo que puede no ser suficientemente representativo de este grupo de edad.

Indicador tratamiento

Se basa en la notificación individual y exhaustiva de todas las admisiones a tratamiento por parte de los centros públicos o con financiación pública (incluidos los programas de prisiones) que realizan tratamientos ambulatorios del abuso o la dependencia de drogas. No registra otras intervenciones, diferentes a los tratamientos mencionados, que intentan mejorar el estado médico, psicológico o social de los consumidores de drogas. A nivel autonómico se seleccionan para enviar a la Unidad Estatal únicamente los datos del primer tratamiento que inicia cada año una persona en esa comunidad autónoma, eliminándose, por tanto, los tratamientos repetidos en el mismo centro notificador y en otros centros. A nivel central, no es posible eliminar los tratamientos repetidos entre comunidades autónomas porque no se transmite el Código de Identificación Confidencial. La cobertura del indicador es bastante buena y estable en todas las comunidades autónomas, por lo que pueden usarse los números

absolutos para realizar comparaciones interanuales en el ámbito estatal o dentro de cada comunidad autónoma. En cambio la comparabilidad entre comunidades autónomas utilizando los números absolutos es problemática porque puede haber diferencias importantes entre comunidades en la oferta y utilización de servicios, y en algunos casos en los criterios de selección de caso utilizados. Desde 1987 en que se puso en marcha ha sufrido dos modificaciones consistentes básicamente en introducir nuevas variables, por lo que no afectan de forma importante a la comparabilidad interanual de los datos. La más importante se realizó en 1996, cuando se pasó a registrar los tratamientos por abuso o dependencia de cualquier sustancia psicoactiva, en vez de únicamente los tratamientos por opiáceos o cocaína como venía haciéndose hasta entonces.

Indicador urgencias hospitalarias

Se basa en la recogida de los episodios de urgencia relacionados con el consumo de drogas psicoactivas atendidos en los servicios de urgencias de los hospitales monitorizados, independientemente de que varios de ellos hayan sido producidos por la misma persona. La información se recoge de las historias clínicas por parte de personal externo a los servicios de urgencias. En 1996 sufrió una modificación importante. Hasta dicho año se realizaba una recogida continua en el tiempo de todas las urgencias relacionadas con el consumo de opiáceos o cocaína y a partir de entonces se pasaron a recoger las urgencias por reacción aguda a cualquier droga psicoactiva (excluyendo, por tanto, los problemas de salud indirectamente relacionados con las drogas como las infecciones relacionadas con la inyección de drogas). Además, se dio la opción de recoger simplemente una semana de cada mes, seleccionada de forma aleatoria a nivel central.

La cobertura espacial ha variado a lo largo del tiempo y se restringe a ciertas áreas geográficas delimitadas de algunas comunidades autónomas. Teniendo en cuenta estos proble-

mas de cobertura, y los cambios en las definiciones y procedimientos de recogida de datos, no es posible la utilización de los números absolutos para realizar comparaciones, y el examen de las tendencias temporales del indicador sólo es posible para algunos aspectos y bajo ciertas condiciones.

Indicador mortalidad

Incluye las muertes con intervención judicial por reacción adversa aguda tras el consumo no médico o intencional de sustancias psicoactivas (sólo opiáceos o cocaína hasta 1996) ocurridas en las áreas monitorizadas en personas de 15 a 49 años. En la práctica, para incluir una muerte se revisa la información de los Institutos Anatómico Forenses y de las instituciones que realizan análisis toxicológicos (principalmente el Instituto Nacional de Toxicología), y se exige el cumplimiento de dos criterios, uno negativo y otro positivo: 1) Negativo: falta de evidencias de otra causa de muerte, y 2) Positivo: existencia de alguna evidencia de consumo reciente de sustancias psicoactivas como: a) consumo reciente mencionado por familiares o amigos, drogas o útiles de consumo en el lugar de defunción, venopunciones recientes, clínica de patología aguda por consumo de drogas, o evidencias extraídas de la anamnesis o del examen externo, b) test toxicológicos pormortem positivos a sustancias psicoactivas, c) signos de autopsia compatibles con muerte por reacción aguda a drogas. Se excluyen las muertes causadas por: consumo accidental (no intencionado) de drogas, reacciones adversas a medicamentos psicoactivos correctamente prescritos y administrados, infecciones o enfermedades crónicas relacionadas con el consumo de drogas, intoxicación etílica aguda exclusivamente (borrachera), accidentes distintos a la intoxicación aguda, aunque estén implicadas sustancias psicoactivas, homicidio, y las muertes por uso de disolventes, productos domésticos o cáusticos por vías diferentes a la inhalada o esnifada.

En 1996 se realizó un cambio del indicador consistente básicamente en pasar a recoger

las muertes por reacción aguda a cualquier sustancia psicoactiva, en vez de limitarse sólo a las muertes por opiáceos o cocaína. La unidad territorial de cobertura es el Partido Judicial. Entre 1983 y 1989 la cobertura se limitó a seis grandes ciudades (Barcelona, Bilbao, Madrid, Sevilla, Valencia y Zaragoza). A partir de 1990 la cobertura se fueron incorporando nuevas áreas hasta alcanzar en 2001 casi el 50% de la población española.

Otros estudios y fuentes de información

Además de las fuentes citadas, se han revisado también las últimas encuestas domiciliarias y otros estudios epidemiológicos o etnográficos realizados por algunas comunidades autónomas. Igualmente, se ha realizado una revisión bibliográfica sobre aspectos epidemiológicos generales. La mayor parte de las referencias bibliográficas se identificaron mediante búsquedas informatizadas en MEDLINE (artículos de revistas científicas internacionales) o en bases de datos nacionales específicas de drogodependencias (libros, informes institucionales y otros artículos). Para evitar la inclusión de un número excesivo de referencias que hubieran aportado información redundante, se realizó una selección de las mismas privilegiando los trabajos referidos al conjunto del estado o a áreas amplias o muy pobladas, y los publicados en las revistas de mayor circulación internacional o mayor factor de impacto.

RESULTADOS

• PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO

Prevalencia de consumo

El consumo de drogas recreativas se ha expandido en España en los últimos años. Sin embargo, las prevalencias de consumo continúan siendo bastante inferiores a las de otras drogas presentes también en los espacios lúdicos y recreativos, como el alcohol, el

tabaco o el cannabis. En 2001 un 4% de la población española de 15-64 había consumido éxtasis o drogas de diseño alguna vez en su vida, un 3% anfetaminas o speed y un 2,8% alucinógenos; un 1,8%, 1,2% y 0,7%, respectivamente, lo habían hecho en los 12 meses previos a la encuesta, y un 0,7%, 0,6% y 0,2% en los 30 días previos.

El consumo afecta fundamentalmente a los jóvenes. De hecho, las prevalencias de consumo en los jóvenes de 15 a 29 años superan ampliamente las cifras citadas anteriormente (Figura 1). Combinando los datos de la encuesta domiciliaria (EDD) con los de la encuesta escolar (EED) (tabla 1), puede observarse con bastante claridad la distribución de las prevalencias de consumo de drogas recreativas según la edad entre los 14 y los 64 años, que presenta algunas diferencias según las sustancias.

El grupo entre 20 y 24 años es el que presenta un mayor consumo de estas sustancias. Así el 9,4% de este grupo de edad había probado el éxtasis en 2001, el 4,6% lo había hecho en los 12 meses antes de la entrevista y el 1,8% en los últimos 30 días. El consumo de anfetaminas y de alucinógenos es menor. Un 5,6% de los jóvenes de este grupo de edad había probado las anfetaminas, un 3% las habían consumido en los últimos 12 meses y un 1,4 % en los últimos 30 días. En el caso de los alucinógenos un 6,3% los había probado, un 2,5 % los había consumido en los últimos 12 meses y un 0,7% en los últimos 30 días.

La mayor parte de los consumidores toman éxtasis, anfetaminas o alucinógenos de forma esporádica u ocasional. De hecho, más de la mitad de los que habían probado alguna vez éxtasis no lo consumieron en los

Figura 1. Prevalencia de consumo de drogas recreativas en los 12 meses previos a la entrevista según edad (%). España, 2001.

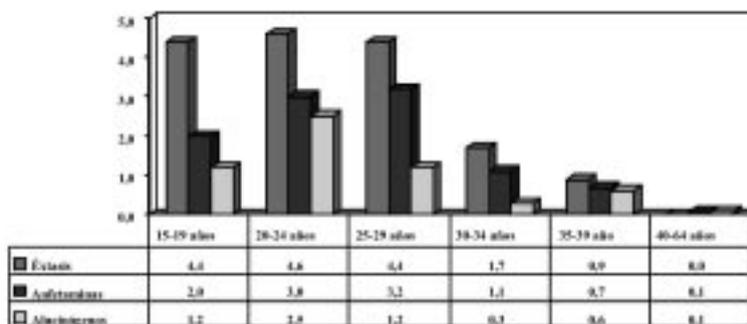


Tabla 1. Prevalencia de consumo de drogas recreativas entre los estudiantes de 14-18 años, según edad (%). España 2000.

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS		14 AÑOS	15 AÑOS	16 AÑOS	17 AÑOS	18 AÑOS
ÉXTASIS	Últimos 12 meses	1,2	3,5	5,6	6,8	9,1
	Últimos 30 días	0,7	1,7	2,8	3,7	4,8
ALUCINÓGENOS	Últimos 12 meses	1,4	3,4	4,0	5,2	6,6
	Últimos 30 días	0,9	2,2	2,1	1,7	2,2
ANFETAMINAS	Últimos 12 meses	1,1	2,4	3,4	4,5	6,6
	Últimos 30 días	0,7	1,5	2,1	2,1	3,2

Figura 2. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas recreativas en los 12 meses previos a la entrevista entre la población de 15-64 años (%). España 1997-2001.

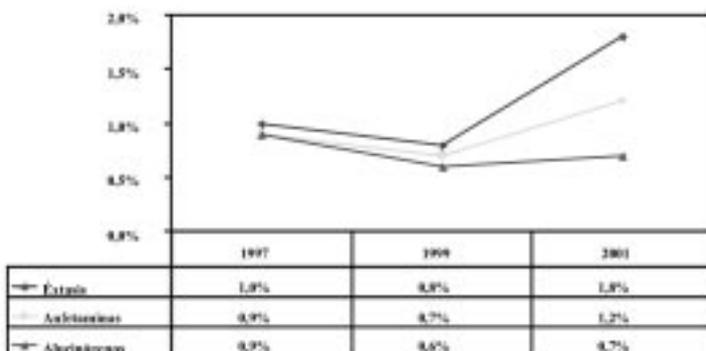


Tabla 2. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas recreativas en los 12 meses previos a la entrevista entre la población española de 15-34 años (%). España 1997-2001

	15-24 AÑOS			25-34 AÑOS		
	1997	1999	2001	1997	1999	2001
ÉXTASIS	2,6%	2,2%	4,6%	0,7%	1,1%	3,0%
ALUCINÓGENOS	2,6%	1,7%	1,9%	0,9%	0,7%	0,8%
ANFETAMINA/SPEED	2,1%	1,8%	2,6%	1,3%	1,0%	2,1%

12 meses previos a la entrevista, y aproximadamente la mitad de los que lo consumieron en ese último período, no lo hicieron en los últimos 30 días. Sólo una reducida proporción, que parece que está aumentando, se implica en un consumo más intenso (instrumental o compulsivo)^{6,8,9,10,11,12,13}.

Aunque existen problemas de comparabilidad, los datos disponibles indican que España es uno de los países de la Unión Europea con prevalencias de consumo de éxtasis más elevadas, tras el Reino Unido e Irlanda, que son los países donde el consumo está más extendido. Algo similar sucede con el consumo de anfetaminas, donde de nuevo el Reino Unido e Irlanda, junto a Dinamarca, se sitúan a la cabeza^{13,14}.

Tendencias temporales del consumo

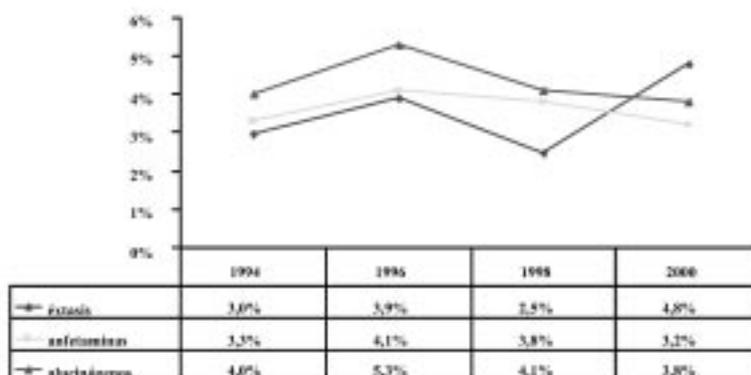
En general, los datos de la EDD muestran una tendencia al aumento del consumo de

éxtasis, y en menor medida, de anfetaminas. En cambio, el consumo de alucinógenos parece estabilizado e incluso se aprecia un ligero descenso respecto a 1997 (Figura 2. Tabla 2). Los datos de las encuestas escolares confirman la tendencia ascendente del consumo de éxtasis, cuya prevalencia de consumo en los últimos 12 meses en los estudiantes de 14-18 años pasó de 3% en 1994 a 4,8% en 2000. Sin embargo, no se detecta una tendencia al ascenso de la prevalencia de consumo en el caso de las anfetaminas y los alucinógenos⁶ (Figura 3).

Contexto de consumo

El propio término "drogas recreativas" hace alusión a su contexto de consumo. Son drogas, como han mostrado reiteradamente numerosos estudios^{8,9,10,11,12,13}, asociadas al ocio del fin de semana, a la música, el baile, las ocasiones o fiestas especiales, al ambien-

Figura 3. Evolución de la prevalencia de consumo de drogas recreativas en los 12 meses previos a la encuesta entre estudiantes de 14-18 años. España 1994-2000.



te nocturno. Si bien en un principio, y más específicamente el éxtasis y las drogas de síntesis se asociaban a una determinada música (bacalao), y a las rutas itinerantes por discotecas y locales nocturnos donde se escuchaba esta música, hoy día el consumo se ha extendido al ambiente de la noche en general. Los lugares más frecuentes de consumo son por tanto discotecas, pubs y bares. No obstante, algunos estudios confirman que sigue existiendo un cierta proporción de consumidores que toma éxtasis de forma más intensa, alargando la "fiesta" durante más de 24 horas y desplazándose de unos locales a otros, en ocasiones fuera de las ciudades, siguiendo itinerarios concretos ligados a determinadas músicas (raves, techno, etc) ^{9,10,11}.

En cualquier caso, se trata de un consumo grupal, con los amigos. En este contexto tienen su presencia también otras drogas, como tabaco, alcohol y cannabis, cuyo consumo está mucho más extendido.

Patrones de consumo

Frecuencia e intensidad del consumo

Normalmente no se encuentran consumidores diarios de estas drogas. La mayoría de los consumidores son ocasionales, siendo

generalmente la frecuencia de consumo mensual o semanal. De hecho, según la EDD de 2001, un 3,1% de los jóvenes de 15-29 años había consumido éxtasis "una día al mes o menos" en los 12 meses previos a la entrevista, un 0,9 % 2-4 días al mes, un 0,3% 1-2 días a la semana y un 0,1 % 3-4 días a la semana. El grupo de consumidores que podrían clasificarse como instrumentales o compulsivos es, pues, muy reducido.

Policonsumo

Cuando se considera un período suficiente (un mes, un año), en todos los estudios se observa que la mayor parte de los consumidores de drogas recreativas han tomado varias drogas psicoactivas. Quizás porque los consumidores de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos han traspasado ya un cierto nivel de riesgo adentrándose en sustancias ilegales y han dado un paso más allá del cannabis, droga que aunque sea ilegal tiene una imagen de "blanda", quizás también porque lo que buscan lo pueden encontrar en una u otra sustancia con diversos matices y todos fueran buenos y experimentables, lo cierto es que estos consumidores lo son también en muy alta proporción del resto de drogas.

En los lugares de consumo (discotecas, pubs, bares, etc.) se consumen, además de bebidas alcohólicas, tabaco, y las drogas recreativas consideradas en este trabajo, otras drogas, principalmente cannabis y cocaína. Algunos datos pueden resultar ilustrativos a este respecto. Por ejemplo, en 2001 más de la mitad de las personas de 15-64 años que habían consumido éxtasis en el año previo habían consumido también cocaína en el mismo periodo, un 88,1% cannabis, un 41,3% anfetaminas y un 23,5% alucinógenos (Tabla 3). A su vez en 2000 un 88,7% de los estudiantes de 14-18 años que habían consumido éxtasis alguna vez en la vida habían consumido cannabis en el mismo periodo, un 50,9 % cocaína, un 48,8 % alucinógenos y un 43,1% speed o anfetaminas (Tabla 4). La situación es similar cuando en vez de los consumidores de éxtasis se consideran los consumidores de anfetaminas o alucinógenos (Tablas 3 y 4).

Perfil de los consumidores

Los consumidores de drogas recreativas ilegales son generalmente jóvenes integrados socialmente, que estudian o trabajan,

viven generalmente con sus padres, aunque muchos de ellos tienen ingresos generados por sus propias actividades. En general, se declaran satisfechos de sus relaciones familiares, se relacionan bien socialmente y tienen amigos. El nivel socioeconómico no se relaciona especialmente con el consumo. Los consumidores comparten las características de buena parte de los jóvenes españoles actuales. No encajan, pues, en el perfil de marginado o excluido que se suele aplicar a los consumidores de heroína, principalmente a los inyectores. No obstante hay ciertas características personales que tienen en general una mayor presencia en estos consumidores que en la población no consumidora de drogas o en los consumidores de otras drogas ilegales. Estas características se refieren al gusto por buscar sensaciones nuevas y experimentar, medido por la escala de Zuckerman. Igualmente los consumidores de drogas recreativas puntúan más alto en las escalas de desviación social que el resto de los jóvenes que salen por la noche^{9,10}.

En 2001 la edad media de inicio en el consumo de éxtasis para la población de 15-64 años fue aproximadamente de 20 años y algo

Tabla 3. Prevalencia de consumo de distintas drogas psicoactivas en los 12 meses previos a la encuesta entre las personas de 15-64 años que habían consumido éxtasis, anfetaminas o alucinógenos en el mismo periodo (%). España, 2001.

	TABACO	ALCOHOL	CANNABIS	COCAÍNA	ÉXTASIS	HEROÍNA	ANFETAMINAS	ALUCINÓGENOS
Consumidores de éxtasis	86,6	93,8	88,1	56,5	100,00	2,2	41,3	23,5
Consumidores de anfetaminas	91,6	95,0	91,2	90,1	62,1	4,1	100,0	37,3
Consumidores de Alucinógenos	89,5	96,2	92,9	79,0	59,2	8,5	62,4	100,0

Tabla 4. Prevalencia de consumo de distintas drogas psicoactivas alguna vez en la vida entre los estudiantes de 14-18 años que habían consumido éxtasis, anfetaminas o alucinógenos en el mismo periodo (%). España, 2000.

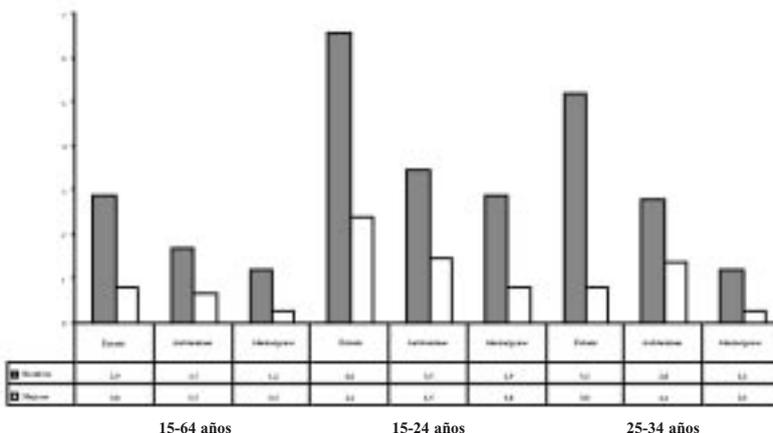
	TABACO	ALCOHOL	CANNABIS	COCAÍNA	ÉXTASIS	HEROÍNA	ANFETAMINAS	ALUCINÓGENOS
Consumidores de éxtasis	80,5	98,1	88,7	50,9	100,0	3,1	43,1	48,8
Consumidores de anfetaminas	80,5	98,1	86,8	50,4	59,6	5,3	100,00	52,3
Consumidores de Alucinógenos	80,3	97,5	85,6	45,6	52,8	4,9	40,9	100,0

menor (18,7 años) tanto para anfetaminas como para alucinógenos. Si se compara con otras drogas psicoactivas, se observa que la edad media de inicio en el consumo de estas drogas fue posterior a la de tabaco, alcohol o cannabis, y anterior a la de cocaína o heroína. Algo parecido ocurre cuando se consideran los estudiantes de 14-18 años. Con respecto a la evolución temporal de la edad media de inicio en el consumo, los datos de las encuestas domiciliaria y escolar no son consistentes. Si se consideran los jóvenes de 15-24 años de la encuesta domiciliaria se observa que la edad media de inicio en el consumo de las drogas recreativas descendió considerablemente entre 1995 y 1997, y posteriormente se mantuvo prácticamente estable hasta 2001. Así, en el caso del éxtasis pasó de 18,5 años en 1995 a 17,6 en 1997 y 17,5 en 2001; en el caso de las anfetaminas de 18,3 años en 1995 a 17,3 en 1997, y 17,3 en 2001, y en el caso de los alucinógenos de 18 años en 1995 a 17,6 en 1997 y 17,4 en 2001. En cambio, si se toman los estudiantes de 14-18 años de la encuesta escolar se observa que entre 1994 y 2000 la edad media de inicio en el consumo de anfetaminas y alucinógenos se mantuvo estable, mientras que aumentó la edad media de inicio en el consumo de éxtasis.

Como sucede con la mayor parte de las drogas psicoactivas de comercio ilegal, el consumo de drogas recreativas está bastante más extendido entre los hombres que entre las mujeres, y además la intensidad (frecuencia de consumo) es más elevada entre los primeros. Así según datos de la EDD, en 2001 el 2,9% de los hombres de 15-64 años habían consumido éxtasis en el último año frente al 0,8 % de las mujeres. Estas diferencias aparecen en todos los grupos de edad con una cierta tendencia a incrementarse cuando aumenta ésta (Figura 4). Las diferencias de consumo por sexo aparecen de forma consistente en todos los estudios. Los datos de la EED del 2000 nos muestran que habían consumido éxtasis en los últimos 12 meses, un 5,9% de los estudiantes varones de 14-18 años frente a un 3,7% de las mujeres.

Por otra parte, el consumo está más extendido en las ciudades grandes y medias que en las localidades pequeñas y entornos rurales. En la EDD de 2001, las prevalencias de consumo más altas se encuentran en las áreas metropolitanas de 400.000-1.000.000 de habitantes (por encima incluso de las áreas metropolitanas de más de un millón de habitantes). Un dato ilustrativo es que un 8,2% de la población de 15-64 años había probado alguna vez el éxtasis en las áreas de

Figura 4. Prevalencia de consumo de drogas recreativas en los 12 meses previos a la entrevista según edad y sexo (%). España 2001.



400.000-1.000.000 de habitantes, frente al 3,6% en las áreas de 100.000-400.000 habitantes. Esto es natural si se tiene en cuenta la ubicación de los ambientes de fiesta, música y ocio donde tiene lugar el consumo. Estos ambientes tienen una mayor presencia y oferta en las ciudades. De hecho, las drogas recreativas constituyen un artículo de consumo más dentro de las ofertas de ocio y diversión para jóvenes, y el mercado de estas drogas se sitúa en un mercado más amplio, el de la "noche" y la "diversión" lógicamente más expandido en las ciudades. La accesibilidad a las sustancias no presenta dificultad en estos ambientes.

La población de las comunidades de Baleares, Valencia y Murcia es la que más ha experimentado con éxtasis (10,5%, 8% y 7% lo han probado alguna vez en la vida respectivamente). Por su parte, el País Vasco y Asturias son las que presentan una mayor prevalencia de consumo semanal. Estas mismas comunidades (Baleares, Valencia, Murcia y País Vasco) son también las que presentan un mayor consumo de anfetaminas y alucinógenos. En general, la prevalencia de consumo de anfetaminas es inferior a la de éxtasis, aunque en el País Vasco, y en menor medida en Navarra, ocurre lo contrario.

RIESGO PERCIBIDO ANTE EL CONSUMO Y DISPONIBILIDAD DE LAS DROGAS RECREATIVAS

Riesgo percibido

El nivel de riesgo percibido ante el consumo de éxtasis y de alucinógenos es bastante elevado, tanto entre la población general como entre los estudiantes de 14-18 años. El riesgo percibido es menor entre los hombres que entre las mujeres, y en el grupo de 20-24 años que en el resto de los grupos de edad. Ambos datos concuerdan con el consumo, que, como hemos visto, es mayor entre los hombres y en el grupo de 20-24 años. El riesgo percibido ante el consumo habitual o semanal ha aumentado en los últimos años.

En 2001 el 74% de la población de 15-64 años pensaba que el consumo ocasional de éxtasis (una vez al mes o menos) podría ocasionarle muchos problemas, cifra que era del 84,6% en el caso del consumo habitual (una vez por semana o más). El riesgo percibido ante el consumo de alucinógenos era algo mayor: el 81,4% consideraba muy problemático el consumo ocasional, y el 88,1% el habitual. La heroína y la cocaína eran consideradas más peligrosas y el resto de sustancias bastante menos. Entre los estudiantes de 14-18 años la situación en el 2000 era similar: el riesgo percibido ante el consumo de éxtasis o alucinógenos era algo menor que el percibido ante el consumo de heroína o cocaína, y mayor que el percibido ante el consumo de cannabis, alcohol o tabaco. En cuanto, a la evolución temporal, en los últimos años ha disminuido el riesgo percibido ante el consumo ocasional de éxtasis y se ha mantenido estable el percibido ante el consumo habitual.

Un hecho que interesa resaltar es que los consumidores de éxtasis presentan menos conciencia de riesgo ante el propio consumo de éxtasis y de otras drogas psicoactivas que los consumidores de tabaco, alcohol, cannabis o cocaína. De hecho, en 2001 sólo el 35,4% de los consumidores recientes de éxtasis de 15-64 años consideraban que el consumo habitual de esta sustancia podía generar muchos problemas.

Disponibilidad percibida

En 2001 un 43,5% de la población de 15-64 años consideraba difícil o casi imposible la obtención de éxtasis, y un 47,3% la de alucinógenos, cifras similares a las de sustancias como la cocaína y la heroína. La percepción de dificultad de acceso ha disminuido especialmente en el caso del éxtasis (7 puntos porcentuales) respecto a 1999. Para los estudiantes de 14-18 años (EED 2000), el éxtasis, las anfetaminas y los alucinógenos son sustancias que se situarían en una posición intermedia en cuanto a la dificultad de su obtención, por encima del alcohol, el tabaco y los

tranquilizantes, y por debajo de la heroína. De hecho, un 30% de los estudiantes consideraba fácil conseguir éxtasis, frente a un 21,8% que consideraba fácil obtener heroína. En los últimos años esta percepción de dificultad para conseguir las drogas ha crecido en el caso del éxtasis (al contrario que en la población general), y ha disminuido en cambio en el caso de las anfetaminas y alucinógenos.

Algunos estudios que han investigado sobre el terreno la dificultad o disponibilidad de estas drogas concluyen que no existen dificultades para adquirirlas siempre que se frecuenten los ambientes y las personas que se asocian a este consumo. A veces pueden no encontrarse sustancias determinadas, especialmente alucinógenos, que deberían encargarse anticipadamente con tiempo suficiente¹¹.

PROBLEMAS ASOCIADOS AL USO DE DROGAS RECREATIVAS

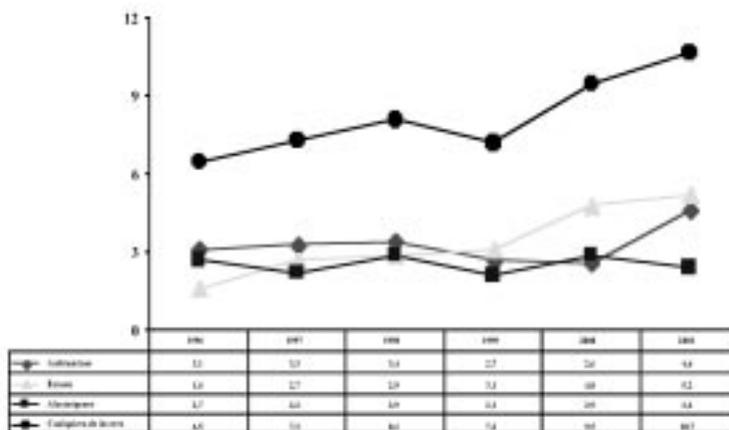
• PROBLEMAS AGUDOS DE SALUD

Anfetaminas, éxtasis y otros derivados de las feniletilaminas

Las anfetaminas, y el éxtasis producen con relativa frecuencia efectos adversos desagradables, que suelen desaparecer a las pocas horas sin generar demanda de atención sanitaria. Son generalmente efectos neurológicos o cardiovasculares de sobreestimulación simpática (sequedad de boca, sudación, midriasis, nistagmo, tensión muscular, hiperreflexia, aumento de la frecuencia cardiaca y la presión arterial, agitación, palpitaciones, dolor torácico, movimientos anormales de la mandíbula, etc)¹². Sin embargo, a veces se producen complicaciones que requieren atención y que pueden llegar a ser graves¹⁵. Su aparición es bastante imprevisible, aunque puede estar relacionada con factores como dosis excesivas, consumo simultáneo de otras drogas, susceptibilidad individual, patologías previas, calor ambiental, ejercicio intenso, etc. El desconocimiento del producto químico y de la

dosis ingerida al consumir "éxtasis" contribuye a la imprevisibilidad de las complicaciones. Actualmente en España los problemas agudos detectados en relación con consumo de éxtasis o anfetaminas representan una pequeña proporción del volumen global de problemas por consumo de sustancias psicoactivas, muy por debajo de los generados por alcohol, heroína o cocaína. De hecho, en 2001 se mencionó éxtasis en un 5,2% de las urgencias hospitalarias por reacción aguda a drogas, y anfetaminas en un 4,6%, mientras que las cifras para cocaína y heroína fueron 44,4% y 33,5%, respectivamente. Las comunidades autónomas con una mayor proporción de menciones de éxtasis en urgencias fueron Cataluña (11,4%), Madrid (5,2%) y Comunidad Valenciana (4,2%), y aquéllas con mayor proporción de menciones de anfetaminas: País Vasco (15,9%), Cataluña (11,4%) y Andalucía (8%). Los pacientes con urgencias con mención de anfetaminas o éxtasis eran bastante jóvenes (edad media: 24,4 años para anfetaminas, y 23,2 años para éxtasis), y mayoritariamente varones (70,1% y 67,6%, respectivamente), aunque la proporción de varones era menor que en las urgencias por otras drogas, exceptuando hipnosedantes. Casi todos consumían el éxtasis o las anfetaminas por vía oral, y muchos consumían también otras drogas, como alcohol, cocaína, cannabis o alucinógenos⁷. Por otra parte, algunos estudios realizados en España indican que las manifestaciones clínicas de estos pacientes son generalmente de tipo psicopatológico o neurológico (alucinaciones, agitación, ansiedad, agresividad, paranoia, verbosidad, alteraciones del sueño o de la conciencia, convulsiones) o cardiovascular (taquicardia), y que la mayoría de los pacientes mejoran tras una corta estancia en el servicio de urgencias y pequeñas intervenciones terapéuticas. Los cuadros más graves, como arritmias, asistolía, hipertermia (a la que contribuyen también el ejercicio intenso y el calor ambiental), hiponatremia, rhabdomiólisis, e insuficiencia renal son raros. El número medio de urgencias durante los fines de semana es bastante superior al de los días laborables¹⁶.

Figura 5. Evolución de la proporción de urgencias en que se menciona éxtasis, anfetaminas o alucinógenos. España 1996-2001.



De acuerdo al indicador mortalidad por reacción aguda a drogas del Observatorio Español sobre Drogas (con una cobertura cercana al 50% de la población española) en 2001 se detectaron derivados de las feniletilaminas en un 1,5% de los fallecidos y anfetaminas en un 3,4%. En la mayor parte de estos casos se hallaron simultáneamente en los fluidos biológicos otras drogas como heroína, cocaína o alcohol, por lo que la valoración de la contribución de las anfetaminas o el éxtasis a la muerte es difícil. Se detectaron exclusivamente anfetaminas en un fallecido, y exclusivamente MDMA o feniletilaminas en dos fallecidos (uno con fuertes evidencias de suicidio). Las comunidades autónomas con mayor proporción de muertes por reacción aguda a drogas con detección de éxtasis fueron: Canarias (7,7%), Comunidad Valenciana (4,3%) y Baleares (2,6%). Por su parte, aquellas con más detección de anfetaminas fueron: Comunidad Valenciana (21,7%), Baleares (17,9%) y País Vasco (5,3%)⁷.

En los últimos años ha aumentado bastante la proporción de urgencias hospitalarias con mención de éxtasis (pasó de 1,6% en 1996 a 5,2% en 2001) o de anfetaminas (3,1% en 1996 y 4,6% en 2001). Por su parte, en el mismo período la proporción anual de

fallecidos por reacción aguda a drogas con detección de MDMA o similares se situó entre 0% y 1,8%, y la proporción con anfetaminas entre 2% y 9%, sin que en ninguno de los dos casos pudiera apreciarse una tendencia clara⁷.

La situación en la Unión Europea es similar a la española, si exceptuamos los problemas asociados a las anfetaminas inyectadas en Suecia y Finlandia. Apenas existen datos sobre las urgencias asociadas al consumo de drogas. Se han detectado algunas muertes relacionadas con el consumo de éxtasis, en la mayoría de los casos en combinación con otras sustancias^{17,18}. La tasa de muertes relacionada con éxtasis entre la población de 15-24 años se ha estimado en un rango de 0,2-5,3 por 10000 consumidores¹⁹. Por otra parte, en algunos países se ha observado que desde la introducción de medidas de acercamiento (servicios móviles) y otras medidas de reducción del daño en las fiestas techno-house ha disminuido el número de intoxicaciones agudas con resultado de muerte en comparación con los primeros años noventa¹³.

Alucinógenos

Los problemas agudos en relación con el consumo de alucinógenos son aún menos numerosos que los relacionados con éxtasis o anfetaminas. En 2001 en España se mencionaron alucinógenos en un 2,4% de las urgencias hospitalarias por reacción aguda a drogas y en ninguna muerte por reacción aguda a drogas⁷. Hay que tener en cuenta que los efectos del LSD son principalmente emocionales y perceptivos, por lo que la aparición de complicaciones físicas es muy rara. La mayor parte de los problemas detectados son psicopatológicos, generalmente crisis psicóticas o ataques de pánico¹⁶.

En el período 1996-2001 el volumen de problemas relacionados con el consumo de alucinógenos se mantuvo relativamente estable. De hecho, la proporción de urgencias hospitalarias por reacción aguda a drogas con mención de alucinógenos se mantuvo entre el 2% y el 3%⁷.

GHB y Ketamina

Por su actualidad en los medios de comunicación trataremos someramente el GHB y la ketamina. El GHB y sustancias relacionadas, como la gammabutirolactona (GBL) y el 1,4 butanediol (1,4-B) son depresores del sistema nervioso central con efectos muy dependientes de la dosis; esto es, con un margen muy estrecho entre los efectos buscados por los consumidores (euforia, efectos afrodisiacos, no venirse abajo, socialización, relajación) y los efectos adversos graves. A pesar de ser drogas introducidas recientemente hay estudios en otros países que indican que la mayor parte de los consumidores han sufrido ya algún efecto adverso tras el consumo, citándose entre los más frecuentes: mareos, vómitos, sudoración, confusión, somnolencia, y pérdida de conciencia (coma de corta duración)²⁰. En ocasiones pueden aparecer también convulsiones. Los estudios clínicos son consistentes con estas apreciaciones²¹. Sin embargo, el consumo concomitante de otras drogas dificulta a menudo la atribución de los efectos a estas sustancias.

En Barcelona se han descrito recientemente 104 casos de intoxicación atribuidos al GHB atendidos en un período de 15 meses en el servicio de urgencias de un hospital (3,1% de todas las urgencias toxicológicas atendidas). Además de GHB, la gran mayoría habían consumido etanol (73%) y otras drogas de comercio ilegal (86%), principalmente anfetaminas, cocaína, cannabis y ketamina. Generalmente acudieron a urgencias durante el fin de semana (90%) y durante la madrugada. La manifestación principal en todos los casos fue la disminución del nivel de conciencia (16% llegaron en coma profundo arreactivo con una puntuación de 3 en la escala de Glasgow). Todos se recuperaron pronto, completamente y sin secuelas aparentes^{22,23}. Por su parte en 2001 el indicador urgencias del OED registró 28 urgencias con mención de GHB, todas ellas en la ciudad de Barcelona, y 5 con mención de ketamina (0,2%)⁷.

Accidentes

Uno de los aspectos más conflictivos en relación al consumo de drogas recreativas es definir el papel que juegan en los accidentes de tráfico. Se ha extendido la idea de que conducir bajo los efectos del éxtasis, por ejemplo, aumenta el riesgo de tener un accidente de tráfico. A menudo este mayor riesgo es percibido también por los consumidores, aunque una proporción elevada sigue conduciendo tras consumir esta sustancia o viajan en vehículos conducidos por personas que la han consumido. A pesar de estas percepciones, y de que algunas observaciones sugieren que en el caso del éxtasis puede existir un aumento del riesgo similar al observado tras el uso de anfetaminas²⁴, lo cierto es que apenas hay estudios que aclaren la relación entre el éxtasis y los accidentes. Si nos atenemos a los datos sobre los análisis toxicológicos realizados a fallecidos en accidentes de tráfico, hay que concluir que en términos absolutos actualmente en España estas sustancias no están implicadas en un número elevado de accidentes. De hecho, en 285 fallecidos por accidente de tráfico en España en 1994-1996, se detectaron anfetaminas en

el 1,4% de los casos y éxtasis en el 1,1%, y siempre acompañados de otras drogas psicoactivas, principalmente alcohol²⁵. En una muestra de conductores fallecidos durante el año 2000 (n=1363) se detectaron anfetaminas en el 0,4% y éxtasis en el 0,9%. Para el año 2001 (n=1447) las proporciones fueron 0,4% y 0,8%, respectivamente. En algunos de estos conductores fallecidos se detectaron exclusivamente anfetaminas o éxtasis (2 en 2000 y 4 en 2001); pero en la mayor parte de los casos se detectaron simultáneamente otras drogas psicoactivas (principalmente alcohol, detectado aproximadamente en la mitad de los casos)^{6,26,27}.

Problemas crónicos de salud

Se ha demostrado que el éxtasis y las anfetaminas producen efectos neurotóxicos y neurodegenerativos, que podrían llegar a tener transcendencia clínica. En el caso del éxtasis, por ejemplo, hay cada vez mayor constancia de daños en las neuronas serotoninérgicas de algunas zonas cerebrales^{28,29}. Recientemente se ha detectado también importante neurotoxicidad dopaminérgica en primates³⁰. Por otra parte, hay evidencias de problemas cognitivos a corto plazo, particularmente déficits de memoria verbal y visual, atención y aprendizaje³¹. Se sospecha que los consumidores de estas sustancias pueden llegar a padecer problemas psicopatológicos y neurológicos a largo plazo³², pero teniendo en cuenta que la expansión del consumo es reciente, aún no se ha determinado con precisión la reversibilidad o irreversibilidad de los efectos neurotóxicos ni sus consecuencias clínicas^{33,34,35}. En el caso del LSD no hay evidencias de que produzca daño cerebral permanente.

•TRATAMIENTOS MOTIVADOS POR ABUSO O DEPENDENCIA

Anfetaminas, éxtasis y otros derivados de las feniletilaminas

El número de admisiones a tratamiento ambulatorio para dejar o controlar el consu-

mo de estas sustancias es un indicador de consumo problemático de las mismas, aunque no necesariamente de dependencia. Se acepta y hay evidencias de que el consumo de anfetaminas produce dependencia, pero hay algunas controversias en el caso del éxtasis. Parece, en cualquier caso, que el éxtasis no produce síndrome de abstinencia, y hay pocas referencias de consumo compulsivo continuado, abuso o dependencia^{36,37,38,39}. En 2001 el éxtasis motivó en España 335 admisiones a tratamiento y las anfetaminas 255, lo que representa, respectivamente, el 0,7% y el 0,5% del total de tratamientos por abuso o dependencia de drogas psicoactivas registrados (1,6% y 1% de los tratamientos por primera vez en la vida). Las comunidades autónomas con mayor proporción de tratamientos por éxtasis fueron Aragón (1,7%), País Vasco (1,4%), Comunidad Valenciana (1,2%) y Cataluña (1,2%), y las comunidades con mayor proporción de tratamientos por anfetaminas, el País Vasco (4%), Aragón (2,6%) y Comunidad Valenciana (1,1%). La evolución en el período 1996-2001 fue desigual, con una tendencia al aumento en el caso del éxtasis (226 tratamientos en 1996 y 335 en 2001) y al descenso en el caso de las anfetaminas (319 tratamientos en 1996, 347 en 1998 y 255 en 2001)⁷. Con respecto al éxtasis, la situación en la Unión Europea en 1999-2000 era bastante similar a la española, con una proporción de tratamientos por esta sustancia que variaba entre el 0,1% y el 4,9%. En cambio, la situación con respecto a los tratamientos por anfetaminas es muy diferente en los países escandinavos y en el resto de Europa. Así, en Finlandia y Suecia la proporción de tratamientos por anfetaminas rondaba el 30%, consumiéndose en muchos casos por vía inyectada¹⁴.

Las personas con problemas por éxtasis son muy jóvenes. De hecho, los admitidos a tratamiento por éxtasis en España en 2001 tenían una edad media de 21,4 años, la más baja de todos los grupos de drogas considerados. Por otra parte, entre los menores de 18 años, la proporción de tratamientos motivados por éxtasis fue de un 5,4%, proporción

muy superior a la que se observa en la población global⁷.

Aunque entre los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas el éxtasis y las anfetaminas figuran en pocas ocasiones como drogas principales causantes del tratamiento, hay que tener en cuenta que la mayor parte de estas personas son consumidores de múltiples drogas. De hecho, tanto las anfetaminas como el éxtasis se citan más veces como drogas secundarias entre los tratados por otras drogas que como drogas principales. Es particularmente frecuente la mención de éxtasis o anfetaminas entre los tratados por cannabis (donde se cita éxtasis en 12,9% de los casos, y anfetaminas en el 9%), por alucinógenos (11,9% y 11,9%, respectivamente) y por cocaína (11,3% y 7,4%)⁷.

Alucinógenos

El consumo de estas drogas motivó en 2001 en España 83 tratamientos. Las comunidades autónomas con mayor proporción de tratamientos por alucinógenos fueron Navarra (0,8%), Galicia (0,8%) y Aragón (0,7%). El alucinógeno que los motivó con más frecuencia fue la dietilamida del ácido lisérgico -LSD-⁷. El bajo número de tratamientos motivados por alucinógenos puede deberse a su bajo potencial para producir dependencia. Sin embargo, al igual que sucedía con el éxtasis y las anfetaminas, los alucinógenos se citan con cierta frecuencia entre los tratados por otras drogas, particularmente en los tratados por anfetaminas (donde se cita en el 11,1% de los casos), cannabis (8,2%), éxtasis (5%) y cocaína (4,4%). En el período 1996-2001 el volumen de tratamientos por alucinógenos se mantuvo relativamente estable, variando entre los 50 y los 85 casos anuales⁷.

Ketamina y GHB

Durante 2001 La ketamina sólo motivó en España una admisión a tratamiento por abuso o dependencia. El GHB no provocó ninguna. Los datos recientes indican que el GHB tiene

cierto potencial de abuso y puede producir síntomas de dependencia y abstinencia con la administración repetida de dosis importantes. Sin embargo, estos síntomas de dependencia no pueden ser tan fácilmente inducidos como con los depresores gabaérgicos clásicos como alcohol, barbitúricos o incluso benzodiazepinas⁴⁰.

• CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO

Algunos estudios han asociado el consumo de drogas recreativas, especialmente éxtasis con conductas sexuales no protegidas^{41,42}. En España no se han encontrado estudios que estimen y monitoricen el nivel de conductas de riesgo en los consumidores de estas drogas.

• PREOCUPACIÓN SOCIAL POR EL CONSUMO Y LOS PROBLEMAS ASOCIADOS

Una forma de obtener información sobre la preocupación social por el consumo y los problemas asociados a las drogas recreativas es observar la evolución y las características de las llamadas a los teléfonos de información y orientación sobre drogas. Si se considera el teléfono 900FAD, que es el teléfono de este tipo más importante existente en España, se observa que la proporción de llamadas motivadas por consumo de anfetaminas han disminuido en los últimos años, pasando de 1,3% en 1998 a 0,6% en 2000. Sin embargo las llamadas motivadas por éxtasis han crecido bastante, pasando de 2% en 1998 a 4,8% en 2000. Los consumidores de éxtasis a los que se referían las llamadas del año 2000 eran personas muy jóvenes (19,6 años de media) y habían iniciado el consumo a los 17,3 años, por término medio. Se detecta una tendencia al descenso tanto en la edad media en el momento de la llamada como en la edad media de inicio en el consumo. Por su parte, los consumidores de anfetaminas no eran tan jóvenes (25,5 años de media) y habían iniciado el consumo más tarde (20,6 años de media), detectándose en este caso una tendencia al aumento de la edad media al llamar y al inicio del consumo^{43,44,45}.

DISCUSIÓN

El consumo de drogas recreativas se ha extendido y consolidado entre los jóvenes españoles, principalmente entre los 15 y los 29 años. Las encuestas indican que en los últimos años ha aumentado considerablemente el consumo de éxtasis y es más incierta la evolución del consumo de anfetaminas y alucinógenos. Es difícil predecir la evolución futura del consumo; sin embargo, la tendencia al descenso de la percepción del riesgo ante el consumo ocasional de éxtasis entre los estudiantes de 14-18 años hace pensar que en los próximos años la prevalencia de consumo puede continuar aumentando. Parece que estas drogas (particularmente el éxtasis y los alucinógenos) no tienen un potencial para producir dependencia tan elevado como la nicotina o la heroína. De hecho, es muy probable que la gran mayoría de los consumidores abandonen el consumo entre los 30 y los 40 años. Sin embargo, apenas se han realizado estudios de cohortes que permitan conocer con claridad la historia natural del consumo.

Es probable que en la expansión reciente del consumo haya influido la imagen del éxtasis como droga "benévola", con pocos riesgos asociados al consumo. Esta imagen dista mucho de ser real. Los consumidores reconocen que el consumo de éxtasis provoca a menudo efectos desagradables. Hay, además, evidencias suficientes de que produce con cierta frecuencia problemas agudos salud, que a veces obligan a buscar asistencia sanitaria urgente. Es verdad que las reacciones graves o mortales son poco frecuentes, pero ocasionalmente se producen, como revelan los informes de los médicos forenses. Entre los factores que pueden aumentar el riesgo de reacciones graves se suelen citar el consumo de dosis altas en poco tiempo, el consumo asociado de otras sustancias, y el ejercicio y calor ambiental excesivos. La falta de control sobre los productos comercializados puede contribuir a que en ocasiones se ingieran dosis o sustancias de alta toxicidad⁴⁶. Por otra parte, las investigaciones recientes

sugieren que el éxtasis produce neurotoxicidad serotoninérgica y dopaminérgica, por lo que los consumidores podrían acabar desarrollando trastornos psicopatológicos o neurológicos a largo plazo.

Como sucedía con el consumo, no es fácil predecir la evolución de los problemas asociados al consumo de drogas recreativas. Actualmente se observa cierta discrepancia entre la elevada prevalencia de consumo y la escasez relativa de problemas agudos de salud asociados, lo que podría explicarse por el predominio de patrones de consumo de riesgo moderado, la disuasión sobre el consumo frecuente o intensivo que ejercen los frecuentes efectos desagradables, la escasa capacidad de detección de estos problemas o la existencia de un largo período de latencia clínica entre consumo (aún relativamente reciente) y la aparición de problemas. A pesar de todo, se detecta ya una clara tendencia al aumento de las urgencias hospitalarias con mención de consumo de éxtasis, que puede continuar si se mantiene la tendencia creciente del consumo. Para conocer mejor la evolución de estos problemas es necesario monitorizar mejor las urgencias hospitalarias en consumidores de drogas psicoactivas (uno de los indicadores que detecta los cambios más precozmente), y desarrollar estudios de cohortes, que permitan dilucidar el papel del consumo de drogas recreativas, en ciertos trastornos neurológicos y psicopatológicos crónicos. Hay que recordar, no obstante, que estos estudios son complejos en cuanto a su diseño, ejecución y análisis, y además son muy caros. En cualquier caso, el policonsumo de drogas y la gran cantidad de factores personales y ambientales que pueden intervenir en la génesis de estos problemas complica siempre mucho la estimación de la proporción de casos atribuibles al consumo de una droga concreta.

La expansión de estas drogas justifica la intensificación de los programas de prevención del consumo. La estrategia de estos programas no es fácil de definir, porque el consumo está muy relacionado con los procesos de socialización, búsqueda y experimenta-

ción, característicos de las edades jóvenes, y porque se enmarca en un contexto muy mercantilizado y mediatizado en que se incita constantemente a los jóvenes a que compren y consuman múltiples productos para experimentar sensaciones y placeres rápidos e intensos. De todas formas, los programas preventivos se verán muy reforzados si los medios de información de masas contribuyen a romper la imagen de inocuidad de estas drogas informando sobre los riesgos a que se exponen los consumidores, incluidos los ocasionales. Sin embargo, los comunicadores deben hacer un ejercicio de percepción global y evitar los excesos para no perder credibilidad. En este sentido, el British Medical Journal acaba de publicar un gráfico con el peso relativo de las principales causas de muerte en Inglaterra y Gales en el año 2000, en que sitúa las muertes con implicación del éxtasis (36 en 2000 y 56 en 2001) al lado de las muertes atribuidas a otras drogas, como el tabaco (más de cien mil anuales), el alcohol (varios miles anuales), o los opiáceos (casi mil anuales)¹⁷. Contesta así, de forma contundente y sin apenas palabras, al despliegue sensacionalista de algunos medios de información sobre el crecimiento de las muertes por éxtasis en el Reino Unido. Un cierto despliegue de este tipo se ha producido también en España en 2002 a raíz de varias muertes causadas por éxtasis en Andalucía.

Además de los programas genéricos de prevención del consumo, es necesario ampliar los programas de reducción del daño dirigidos a los consumidores de drogas recreativas (servicios de información en los lugares de diversión, análisis de las pastillas, salas de relajación, etc)⁴⁷. Estos programas deberán orientarse sobre todo a reducir los factores que aumentan la probabilidad de reacciones graves, incluyendo el consumo concomitante de alcohol y otras drogas psicoactivas.

Es necesario también que en los servicios sanitarios se considere la posible intoxicación por estas drogas en el diagnóstico diferencial de una amplia variedad de problemas físicos y psíquicos agudos de los jóvenes atendidos

en los servicios de urgencias. En este sentido, y dada la reciente aparición de problemas agudos por GHB, parece imprescindible incluir la intoxicación por esta sustancia en el diagnóstico diferencial de los comas de origen desconocido cuando el paciente es joven.

REFERENCIAS

1. Randall T. Ecstasy-Fueled 'Rave? Parties become dances of death for English youths. **JAMA** 1992; 268: 1505-6.
2. De la Fuente L, Rodríguez MA, Vicente J, Sánchez J, Barrio G. Epidemiología del consumo de drogas de diseño en España. **Med Clin (Barc)** 1997; 108-54-61.
3. Camí J. **Farmacología y toxicidad de la MDMA (Éxtasis)**. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, 1995.
4. Camí J. Síntesis clandestina de drogas: pasado, presente y futuro. **Med Clí (Barc)** 1990; 95: 344-347.
5. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. **Informe nº 4. Observatorio Español sobre Drogas. Marzo 2001**. Madrid: Ministerio del Interior, 2001.
6. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. **Informe nº 5. Observatorio Español sobre Drogas. Julio 2002**. Madrid: Ministerio del Interior, 2002.
7. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. **Indicadores Tratamiento, Urgencias y Mortalidad. Informe año 2001**. Madrid: Ministerio del Interior, 2003 (Informe policopiado).
8. Gamella, JF, Alvarez Roldán. **Las rutas del éxtasis, drogas de síntesis y nuevas culturas juveniles**. Barcelona: Ariel, 1999
9. Calafat, A., Juan M., Becoña E., Fernandez C., Gil E., et al. **Salir de marcha y consumo de drogas**. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, 2000.
10. Elzo J., Viéla I. **Las drogas de síntesis en Bizcaia, un estudio exploratorio de las pautas de consumo**. Vitoria-Gasteiz: Observatorio Vasco de Drogodependencias, 1998.

11. Astrain A. **El fenómeno de las "drogas de síntesis" en Navarra (1997-1999)**. Pamplona: Plan Foral de Drogodependencias, Gobierno de Navarra, 2001.
12. Gamella JF, Álvarez A. **Drogas de síntesis en España. Patrones y tendencias de adquisición y consumo**. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 1997.
13. Observatorio Europeo de la Droga y las toxicomanías (OEDT). **2001 Informe anual sobre el problema de la drogodependencia en la Unión Europea**. Lisboa: OEDT, 2001.
14. European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction. <http://annualreport.emcdda.eu.int>.
15. Gowing LR, Henry-Edwards SM, Irvine RJ, Ali RL. The health effects of ecstasy: a literature review. **Drug Alcohol Rev** 2002; 21: 53-63.
16. Rodríguez-Arenas MA, Barrio G, De la Fuente L, Vicente J y Grupo de Trabajo para el Estudio de las Urgencias por Psicoestimulantes. Urgencias relacionadas con el consumo de drogas de diseño, alucinógenos y anfetaminas atendidas en 15 hospitales españoles durante 1994. **Rev Clín Esp** 1997; 197: 804-809.
17. McKenna C. Ecstasy is low in league table of major causes of deaths. **BMJ** 2002; 325:296.
18. Schifano F, Oyefeso A, Webb L, Pollard M, Corkery J, Ghodse AH. Review of deaths related to taking ecstasy, England and Wales, 1997-2000. **BMJ** 2003; 326: 80-81.
19. Gore SM. Fatal uncertainty: death-rate from use of ecstasy and heroin. **Lancet** 1999; 354:1265-1266.
20. Dehenhardt L, Darke S, Dillon P. GHB use among Australians: characteristics, use patterns and associated harm. **Drug and Alcohol Dependence** 2002; 67: 89-94.
21. Nicholson K, Balster R. GHB: a new and novel drug of abuse. **Drug and Alcohol Dependence** 2001; 63: 1-22.
22. Miró O, Nogué S; Espinosa G, To-Figueras J, Sánchez M. Trends in illicit drug emergencies: the emerging rol of gamma-hydroxybutyrate. **Toxicol Clin Toxicol** 2002; 40(2): 129-135.
23. Espinosa G, Miró O, Nogué S, To-Figueras J, Sánchez M, Coll-Vinent B. Intoxicación por éxtasis líquido: estudio de 22 casos. **Med Clín (Barc)** 2001; 117:56-58.
24. Morland J. Toxicity of drug abuse –amphetamine designer drugs (ecstasy): mental effects and consequences of single dose use. **Toxicol Lett** 2000; 112-113: 147-152.
25. Del Río MC, Álvarez FJ. Presence of illegal drugs in drivers involved in fatal road traffic accidents in Spain. **Drug Alcohol Depend** 2000; 57: 177-182.
26. Instituto Nacional de Toxicología (INT). **Memoria. Análisis Toxicológico. Muertes en accidentes de tráfico. Año 2000**. Madrid: INT, 2001.
27. Instituto Nacional de Toxicología (INT). **Memoria. Análisis Toxicológico. Muertes en accidentes de tráfico. Año 2001**. Madrid: INT, 2002.
28. Mc Cann UD, Szabo Z, Scheffel U, Dannals RF, Ricaurte GA. Positron emisión tomographic evidence of toxic effect of MDMA ("ecstasy") on brain serotonin neurons in human beings **Lancet** 1998; 352: 1433-1437.
29. Mc Cann UD, Eligulashvili V, Ricaurte GA. (+/-) 3,4-methylenedioxyamphetamine (MDMA, "ecstasy")- induced serotonin neurotoxicity: clinical studies. **Neuropsychobiology** 2000; 42(1):11-16.
30. Ricaurte GA, Yuan J, Hatzidimitriou G, Cord BJ, Mc Cann UD. Severe dopaminergic neurotoxicity in primates after a common recreational dose regimen of MDMA ("ecstasy") **Science** 2002; 297: 2260-2263.
31. McCann UD, Mertl M, Eligulashvili V, Ricaurte GA. Cognitive performance in (+/-) 3,4-methylenedioxyamphetamine (MDMA, "ecstasy") users: a controled study. **Psychopharmacology (Berl)** 1999; 143 (4): 417-425.
32. Montoya AG, Sorrentino R, Lucas SE, Price BH. Long-term neuropsychiatric consequences of "ecstasy" (MDMA): a review. **Harv Rev Psychiatry** 2002; 10: 212-220.
33. Morgan MJ, McFie L, Fleetwood H, Robinson JA. Ecstasy (MDMA): are the psychological problems associated with its use reversed by prolonged abstinence? **Psychopharmacology (Berl)** 2002; 159; 294-303.
34. Kish SJ. How strong is the evidence that brain serotonin neurons are damaged in human users of ecstasy? **Pharmacol Biochem Behav** 2002; 71(4):845-855.
35. Reneman L, Booij J, De Bruin K, Reitsma JB, De Wolff FA, Gunning WB, Den Heeten GJ, Van den Brink W. Effects of dose, sex, and long term abstention from use on toxic effects of

- MDMA (ecstasy) on brain serotonin neurons. **Lancet** 2001; 358: 1864-1869.
36. Von Sydow K, Lieb K, Pfister H, Hofler M, Wittchen HU. Use, abuse and dependence of ecstasy and related drugs in adolescents and young adults. A transient phenomenon? Results from a longitudinal community study. **Drug Alcohol Depend** 2002; 66: 147-19.
 37. Camí J, Farré M. Éxtasis la droga de la ruta del bakalao. *Med Clín (Barc)* 1996; 106: 711-716.
 38. Dangerous habits (editorial). **Lancet** 1998; 352: 1565.
 39. Jansen KLR. Ecstasy (MDMA) dependence. **Drug Alcohol Depend** 1999; 53: 121-124
 40. Nicholson KL, Balster RL. GHB: a new and novel drug of abuse. **Drug Alcohol Depend** 2001; 63: 1-22.
 41. Colfax GN, Mansergh G, Guzman R, Vittinghoff E, Marks G, Rader M, Buchbinder S. Drug use and sexual risk behavior among gay and bisexual men who attend circuit parties: a venue-based comparison. **J Acquir Immune Defic Syndr** 2001; 28(4):373-379.
 42. Mattison AM, Ross MW, Wolfson T, Franklin D, San Diego HIV Neurobehavioral Research Center Group. Circuit party attendance, club drug use, and unsafe sex in gay men. **J Subst Abuse** 2001; 13 (1-2):119-126.
 43. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD). **Servicio de información y orientación telefónico 900 FAD. Memoria 1998**. Madrid: FAD, 1999.
 44. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD). **Servicio de información y orientación telefónico 900 FAD. Memoria 1999**. Madrid: FAD, 2000.
 45. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD). **Servicio de información y orientación telefónico 900 FAD. Memoria 2000**. Madrid: FAD, 2001.
 46. Byard RW, Gilbert J, James R, Lokan RJ. Amphetamines derivatives fatalities in South Australia. Is "Ecstasy" the culprit?. **Am J Forensic Med Pathol** 1998; 19:261-265.
 47. Río B, Gazopo I. Prevención secundaria en jóvenes consumidores de drogas de síntesis. **Trastornos adictivos** 2001; 3 (Monográfico 2):41-54.