Psicología Conductual, Vol. 13, Nº 3, 2005, pp. 349-369

ADICCIÓN A NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Elisardo Becoña Iglesias[1]
Universidad de Santiago de Compostela (España)

Resumen

El consumo de algunas drogas, como el cannabis y la cocaína, ha crecido de modo importante en los últimos años. Otras están estancadas o en descenso, como las legales, alcohol y tabaco. El interés por nuevas drogas ha ido creciendo en los últimos años entre los jóvenes. Tener acceso a las mismas por Internet y el surgimiento del movimiento procannabis lo facilitan. En este artículo se analizan las características de algunas drogas poco conocidas y de otras que es relevante considerar en este *preciso* momento. Se revisarán las nuevas y viejas drogas sintéticas, el incremento del consumo de cannabis hidropónico, el éxtasis líquido o GHB, la ketamina, los enteógenos, la ayahuasca y el posible rebrote de la heroína. Se concluye que en la historia nunca habíamos llegado a un consumo tan alto de drogas, especialmente entre los jóvenes. Se analizan las causas que subyacen a este consumo y la necesidad que tenemos como profesionales de la salud de desarrollar adecuados programas preventivos y de tratamiento para la adicción y dependencia de las distintas sustancias psicoactivas.

PALABRAS CLAVE: *Sustancias psicoactivas, estado del área, nuevas drogas, adicciones.*

Abstract

The use of some drugs, such as cannabis and cocaine, has grown in important ways in recent years. The use of other substances has remained constant or has been reduced, as in the case of the legal ones, alcohol and tobacco. The interest in new drugs has kept growing in the last years among the youth. The access to Internet and the emergence of the pro-cannabis movement have facilitated this. In this paper we analized the characteristics of some not very well-known drugs and other substances which deserve special consideration at this precise moment. We examined the new and old synthetic drugs, the increase in the consumption of hydroponic cannabis, liquid ecstasy or GHB, ketamine, enteogens, ayahuasca and the possible increase in heroine consumption. We conclude that never has drug use reached such high levels, especially among the youth. We analyzed the

1 *Correspondencia:* Elisardo Becoña, Universidad de Santiago de Compostela, Facultad de Psicología, Dpto de Psicología Clínica y Psicobiología, Campus Sur, 15782 Santiago de Compostela (España). E-mail: pcelisar@usc.es

underlying causes of this consumption and the need for health professionals to develop effective preventive and treatment programs for the people with addiction and dependence of the different psychoactive drugs.
KEY WORDS: *Substance use, state of the art, new drugs, addictions.*

Introducción

Un fenómeno característico de las sociedades desarrolladas en las últimas décadas es su alto consumo de drogas ilegales. Las drogas, sean legales o ilegales, acarrean problemas de gran relevancia, tanto en la esfera individual, como en la sanitaria y social, pasando por la familiar, el orden público, la económica, etc. Aunque los problemas acarreados por el alcohol y el tabaco, desde un punto de vista de salud pública, son superiores a los producidos por las drogas ilegales, los ligados a las drogas ilegales, especialmente a la heroína, tienen normalmente más trascendencia social debido a la alarma social que con frecuencia se asocia a su consumo (robos, violencia, sobredosis,...etc.). Pero en los últimos años la señal de alarma también se ha dado para la cocaína, para las drogas de síntesis, para el denominado éxtasis líquido, para el cannabis y para otro amplio conjunto de drogas.

En el momento actual muchas personas asocian el problema del consumo de drogas con el consumo y el problema que ha acarreado la heroína. Esta ha marcado el surgimiento de los centros de drogodependencias, un incremento importante de la criminalidad para mantener el alto coste de su consumo, el surgimiento del VIH, cuya expansión, por lo menos en el mundo occidental, ha estado asociado fundamentalmente al uso inyectado de heroína (Ammerman *et al*., 1999), al igual que ocurre con la hepatitis C, etc. Por suerte, los programas de mantenimiento de metadona, los programas clínicos de tratamiento (desde los de alta demanda a los de baja demanda), el cambio de vía de uso de la droga de la parenteral a la fumada, ha permitido mejorar de modo significativo el problema (Plan Nacional sobre Drogas, 2003). Por ello, hoy sabemos que el problema de la heroína no ha remitido, aunque sí ha descendido.

Otro fenómeno nuevo, no previsto hace años, es el relacionado con la vida de ocio (Calafat, Juan, Becoña, Fernández, Gil, *et al*., 2000c). Este nuevo fenómeno está transformando el consumo de drogas de los adolescentes y jóvenes y está produciendo un importante incremento del consumo de distintas drogas en momentos de ocio, como el tabaco, el alcohol, el cannabis, las drogas de síntesis y la cocaína (Calafat *et al*., 2000a, 2000b, 2000c). Y, al tiempo, otras que son más extrañas pero que también quieren experimentar una parte de los anteriores consumidores. Todo ello nos permite afirmar que hoy hay un nuevo patrón de consumo de las drogas psicoactivas.

Un mero ejemplo de lo que llevamos dicho es que en los últimos 10 años el consumo de cannabis se ha duplicado en España como en otros países europeos. Los datos para 2004, del Plan Nacional sobre Drogas (2005) de la Encuesta Escolar, indican que un 42% de los jóvenes españoles lo han probado alguna vez en la vida, un 36% lo han consumido en los últimos 12 meses y un 25% en los últimos 30

días. Y en la encuesta para toda la población (15 o más años), si en 1997 había un 0.7% de consumidores diarios, en los últimos datos de 2003 ha subido al 1.5%.

En este artículo vamos a analizar algunas drogas, unas conocidas, otras menos conocidas, junto a nuevos fenómenos del consumo de las mismas. No nos detendremos en el análisis de las drogas legales ni de otras ilegales muy consumidas. Veremos las nuevas y viejas drogas sintéticas, el incremento del consumo de cannabis hidropónico, el éxtasis líquido o GHB, la ketamina, los enteógenos, la ayahuasca y el posible rebrote de la heroína.

Las nuevas y viejas drogas sintéticas

Se engloban con la denominación de *drogas sintéticas,* también conocidas como *drogas de síntesis,* una serie de sustancias psicoactivas sintetizadas químicamente de forma ilegal, con una estructura química parecida a la de algunos fármacos que son o fueron utilizados en clínica. Pertenecen a varios grupos farmacológicos, aunque entre las drogas de síntesis destacan las de tipo anfetamínico. (Bobes, Lorenzo y Sáiz, 1998; Calafat *et al*., 1998; Salazar y Rodríguez, 1996). La de uso más común es el éxtasis (MDMA), que fue sintetizada en 1912 en Alemania como anorexígeno. La MDMA, o 3,4-metilendioximetanfetamina, tiene efectos neuroquímicos sobre los sistemas serotonérgico y dopaminérgico. Aunque predominan los efectos estimulantes de las mismas tampoco son extraños los efectos alucinógenos; los problemas de desorientación y las distorsiones perceptivas son menores que las de los alucinógenos clásicos, como el LSD (Weiss y Millman, 1998).

Este tipo de drogas se pueden obtener fácilmente en un laboratorio a partir de la metanfetamina y otras sustancias, teniendo múltiples posibilidades para su fabricación, sin necesidad de sustancias naturales ni de productos químicos sofisticados sino de sustancias de fácil compra para combinar con la metanfetamina. Pueden llegar a tener un poder enorme y, aparte, ocupan muy poco espacio al ser algunos de estos productos muy concentrados.

Estas sustancias, al igual que la cocaína, ejercen una acción estimulante sobre el SNC. Sus principales efectos son la elevación del estado de ánimo, disminución de la sensación de fatiga y del apetito. Al finalizar los efectos estimulantes iniciales surgen la depresión y la fatiga. La supresión súbita del consumo provoca la aparición de signos contrarios a la intoxicación: agotamiento, sueño excesivo, apetito voraz y depresión.

Su intoxicación produce euforia, un sentimiento de espiritualidad y cercanía, incremento de la presión sanguínea, de las pulsaciones y de la sudoración. También se asocia con ansiedad, ataques de pánico, contracciones musculares, sequedad de boca y estado de ánimo lábil (Schuckit, 2000). Este tipo de drogas va muy unido a la vida de ocio (Calafat *et al*., 1998; 1999, 2000c). Con ellas es posible aguantar mejor la marcha y pasárselo bien. Además, se piensa que su consumo no tiene riesgos, que es una droga segura. La realidad indica que ello no siempre es así, como tristemente apreciamos por el goteo de muertes que su consumo precipita en España, como en otros países de Europa, cada año. Habitualmente las drogas

de síntesis lo que hacen es acelerar otros procesos fisiológicos o patológicos que ya tenían las personas antes de su consumo y que les lleva a la muerte (p.ej., problemas renales).

Son muchas las drogas de síntesis, como el éxtasis o MDMA, que también se le conoce por los nombres de Adán, pastillas, pastis, pirulas. Otras son el MDEA o Eva; el MDA o píldora del amor; speed o clorhidrato de anfetamina, también conocido como hielo; la fenciclidina, PCP o polvo de ángel; los poppers, compuestos de nitrato de amilo, nitrito de butilo o nitrito de isobutilo (usado para relajar el músculo anal e incrementar el orgasmo, aunque también puede producir pérdida de erección), etc.

Mención especial merece el éxtasis vegetal. Actualmente hay entre los jóvenes una tendencia a consumir drogas «naturales» en contraposición a drogas «químicas», especialmente entre aquellos que están bajo la órbita del movimiento procannabis (Calafat *et al*., 2000a; Mendiola y Becoña, 2003). Una de estas drogas es el éxtasis vegetal. Erróneamente a lo que dice su nombre el éxtasis vegetal no contiene MDMA. Es una compleja mezcla de diversas plantas y productos químicos como (Lorenzo y Lizosoain, 2003): plantas con base xantinas (nuez de cola, guaraná, té, ricos en cafeína); plantas con precursores anfetamínicos, como la efedra; otros diversos como la passiflora, con alcaloides indólicos, Ginko biloba, rico en biflavonoides y diterpenos, ginseng, kava-kava, salvia de los adivinos (cuyas hojas contienen sustancias alucinatorias), yohimbe (rica en yohimbina), fenilalanina, etc. El denominado éxtasis vegetal tiene un claro efecto estimulante, por las xantinas y por las sustancias análogas a las anfetaminas (p.ej., efedrina). No son tan naturales y buenas como se propone porque tienen efectos secundarios y estarían contraindicados en muchas personas, como en aquellos que padecen trastornos cardiovasculares, hipertiroidismo, diabetes, ansiedad, depresión, etc. Las principales reacciones adversas que producen son: insomnio, estados de excitabilidad y nerviosismo, cefaleas, náuseas, vómitos, dolor abdominal, gastritis, taquicardia, hipertensión y distintas reacciones alérgicas. El éxtasis vegetal es una sustancia de abuso, puede conseguir ilegalmente como ocurre con las otras drogas, y también, a través de internet.

Del cánnabis (hachís) al cánnabis hidropónico

El cannabis (*cannabis sativa*) es una planta de la que se pueden fumar sus hojas, en este caso se habla de marihuana (o «grifa», «maría», «hierba», etc.), o fumar su resina, el hachís (o «haschís», «chocolate», «mierda», «costo», etc.), recibiendo el cigarrillo de hachís nombres como «porro», «canuto», «petardo», etc. El hachís es más potente que las hojas de la marihuana cultivada de modo natural y se elabora por agitación, presión o raspadura de las hojas y flores de la planta. La forma más habitual de consumir el cannabis es en forma de cigarrillos, con sólo marihuana o mezclada con el tabaco cuando se utiliza el hachís. También se puede consumir con alimentos (p.ej., en forma de pasteles) o en pipa. En los últimos años estamos asistiendo a un incremento de la producción y consumo de marihuana cultivada de

un modo distinto, en recipientes cerrados donde se reproducen artificialmente las condiciones de cultivo, como los nutrientes, abonos, luz, etc. Es la marihuana hidropónica, que en tanques cerrados, puede cultivarse en casa, dentro de un armario, garaje, etc., sin necesidad de luz natural. Los datos existentes indican que la potencia del principal componente activo del cannabis, el *tetrahidrocannabinol*, se ha llegado a multiplicar por tres en este tipo de cultivo respecto al cannabis natural, incrementándose así significativamente los efectos psicoactivos (Calafat, 2004; Plan Nacional sobre Drogas, 2004).

El consumo de cannabis, en sus distintas formas, tiene efectos psicoactivos en el individuo. Es una droga por sus propiedades de producir intoxicación, tolerancia, dependencia, etc. (Ashton, 2002; Becoña, 2002; Calafat, 2004; Plan Nacional sobre Drogas, 2004; Spruit, 2002). Muchos consumidores, como le ocurre a otras personas dependientes de drogas legales o ilegales, suelen negar estos efectos, pero la evidencia científica sobre ello es incontestable. No se debe confundir lo que queremos creer con los hechos contrastados de que disponemos.

Por su facilidad de crecimiento y adaptación, el cannabis es una planta que existe en distintos lugares del mundo desde hace varios miles de años. La utilización industrial de distintas variedades de la planta, lo que conocemos como cáñamo en nuestro medio, ha sido frecuente en distintas culturas, aunque las variedades de plantas para uso industrial habitualmente no tienen o tienen muy pocos componentes psicoactivos en su planta (p.ej., la que durante décadas se utilizó en España, y sigue existiendo, para fabricar alpargatas).

Hoy asistimos a un incremento del patrón de consumo habitual de cannabis, con los problemas que esto va a acarrear a medio y a largo plazo en la salud física y mental de sus consumidores, con complicaciones agudas y crónicas. El grupo más vulnerable es el de los niños y adolescentes (Becoña, 2002). En 10 años el consumo de cannabis se ha duplicado en España. Además, el consumo de cannabis va muy unido al consumo de tabaco y alcohol. El haber probado previamente alcohol y tabaco facilita con posterioridad consumir cannabis y, los que tienen mayor consumo o dependencia del alcohol o del tabaco, se les incrementa la probabilidad de consumir cannabis (Becoña, 2002) y otras drogas, como la cocaína (Calafat *et al*., 2001; Martín y Becoña, 2004).

Sabemos que aquellos que consumen cannabis con asiduidad (p.ej., diariamente) en la adolescencia, un 10% de estos seguirá haciéndolo de modo abusivo y otro 30% lo seguirá consumiendo posteriormente de adultos. Así se incrementan los problemas de salud física (p.ej., cáncer de pulmón) o mental (p.ej., esquizofrenia, depresión, ansiedad) producidos por el cannabis. Además, los que quedan atrapados en su consumo crónico suelen ser personas de contextos socio-culturales más desfavorecidos, incrementándose a la larga sus posibilidades de exclusión social (Calafat *et al*., 2000a, 2000b, 2000c).

Los síntomas positivos más característicos que produce el cannabis son sensación de bienestar, relajación, euforia, adormecimiento y elevación de la actividad sexual, aunque los efectos subjetivos varían de modo importante en cada individuo, siendo a veces más importantes que la cantidad de sustancia consumida. A continuación siguen otros efectos, como letargo, anhedonia y problemas de

atención y memoria, entre otros muchos descritos y estudiados. Es frecuente que dé ganas de comer después de su consumo (Calafat, 2004; Plan Nacional sobre Drogas, 2004).

Pero los efectos negativos de su consumo son importantes, con claros riesgos en la salud de sus consumidores crónicos y dependientes. Aunque no suelen producirse consecuencias graves, bastantes consumidores han experimentado en alguna ocasión durante el consumo de cannabis lipotimias, reacciones paranoides, arritmias o crisis agudas de ansiedad. Conforme se va haciendo habitual el consumo van disminuyendo estos problemas. Pero a algunos las consecuencias que les produce son graves (Ashton, 2002; Calafat, 2004; Plan Nacional sobre Drogas, 2004; Spruit, 2002). Un 20% de los consumidores reconoce que su consumo les produce sensación de cansancio, ausencia de motivación y les quita las energías (Plan Nacional sobre Drogas, 2002).

Hoy sabemos que el cannabis, por si solo, facilita la aparición de la esquizofrenia en algunos de sus consumidores, así como que aumenta las posibilidades de padecer depresión y ansiedad (Gentil, 2003). Cuanto más temprano es el inicio en el consumo de cannabis mayor es la posibilidad de que surjan estos problemas. Aunque el porcentaje de consumidores de cannabis que pueden desarrollar esquizofrenia, por el propio consumo de cannabis per se, es reducido, al ser tantos los consumidores, el número resultante es significativo, especialmente porque una persona con esquizofrenia va a ser un enfermo crónico para toda la vida y tal enfermedad le va a causar un gran sufrimiento a él, a su familia, a las personas que le rodean, y un gran coste personal, social y sanitario que sería innecesario si esa persona no llegase a consumir cannabis.

El consumo de cannabis también influye en la memoria, la coordinación motora y la concentración (Ferguson, Horwood y Beautrais, 2003; Lynskey *et al*., 2003; Ramaekers, Berghaus, van Laar y Drummer, 2004; Spruit, 2002). Esto es preocupante si el individuo tiene que conducir o manejar maquinaria pesada ya que se incrementa el riesgo de padecer accidentes (Plan Nacional sobre Drogas, 2004).

Otro dato importante es que el cannabis fumado tiene un 50% más de carcinógenos comparado con la misma cantidad de tabaco (Ashton, 2002). Por ello su consumo en modo alguno es inocuo. Los que fuman cannabis y tabaco tienen más dificultades de abandonar el tabaco (Plan Nacional sobre Drogas, 2004). Dado que el tabaco es la principal causa evitable de muerte de los países desarrollados, y que en España se produce cada año la muerte prematura de 50.000 personas por fumar tabaco, conseguir que las personas no consuman cannabis es otro modo de prevenir las consecuencias negativas del tabaco, y el que muchos de estos consumidores no mueran luego prematuramente (Becoña, 2004).

Una cuestión que continuamente se debate es la siguiente: ¿tiene el cannabis propiedades curativas? Sobre esta cuestión existe una gran demagogia y mucha confusión interesada, especialmente por parte de los defensores de su legalización. Este es uno de los argumentos que sostienen distintos movimientos que propugnan la legalización del cannabis. Pero ellos no lo propugnan realmente por sus posibles propiedades terapéuticas sino para mantener su dependencia del cannabis, y con

ello poder autojustificar seguir consumiéndolo. Existe una confusión interesada entre las potencialidades terapéuticas del cannabis y los hechos reales sobre esto. Lo que se está estudiando actualmente es la posibilidad terapéutica de utilizar derivados del cannabis como fármaco para ciertas enfermedades. Esto nada tiene que ver con su utilización fumada como droga, que acarrea claros efectos negativos en muchos de sus consumidores crónicos.

Finalmente, tenemos que saber que nuestras legislaciones son tolerantes sobre el consumo de cannabis (Becoña y Martín, 2004). Su consumo está despenalizado hace años. Sólo su consumo en público está penalizado con una multa administrativa. El tráfico de cannabis tiene penas menores que para las otras drogas ilegales.

Son varios los factores que explican en el momento actual el incremento significativo del consumo de cannabis, respecto a lo que ocurría hace unos años. De los existentes, consideramos que los más importantes son los siguientes: el nuevo fenómeno de la vida de ocio, su gran disponibilidad, accesibilidad y bajo coste, su asociación al consumo de alcohol y tabaco, la baja percepción del riesgo de su consumo, la tolerancia social ante su consumo, la promoción de su consumo por ciertas personas, sectores, asociaciones o empresas, y los valores ligados al hedonismo (Becoña, 2002; Calafat, 2004; Calafat *et al*., 2000a, 2000b, 2000c).

Los consumidores de cannabis son policonsumidores. Casi todos consumen alcohol, tres cuartas partes de ellos tabaco, y dos de cada cinco han probado recientemente o consumen cocaína o éxtasis (Calafat *et al*., 2001). El incremento del patrón de consumo habitual de cannabis y el incremento de la concentración del THC en el cannabis, incrementará en los próximos años de modo significativo las consecuencias físicas y mentales en los consumidores crónicos o dependientes del mismo. El grupo más vulnerable es el de los niños y adolescentes, ya que a más temprana edad de inicio mayores problemas posteriormente. Esto ya se aprecia hoy en el incremento de las demandas de tratamiento por problemas con el cannabis, siendo los menores de 18 años el grupo de mayor demanda. También el consumo de cannabis ha aumentado su presencia en las urgencias hospitalarias asociadas a drogas ilegales. Los apresamientos de alijos de cannabis se han incrementado de modo significativo, lo que es un reflejo del alto consumo que hay del mismo. Y, junto a todo ello, se aprecia un movimiento bien organizado (el denominado cultura pro-cannabis) que propugna la legalización de su consumo, junto a otros intereses económicos que subyacen a este creciente negocio ilegal de tráfico y venta de drogas (Calafat *et al*., 2000b).

El éxtasis líquido o GHB

Los años 2003 y 2004 fueron años de especial sobresalto en España por el denominado éxtasis líquido, nombre popular e incorrecto que le dan los consumidores al GHB, el gamma-hidroxibutirato. Esos años varios jóvenes estuvieron varios días en coma en distintos hospitales. Ya en 1996 hubo una hospitalización masiva, de 31 participantes en una fiesta Rave, el día de Año Nuevo, en California, por consumo de GHB.

El GHB es un potente depresor del sistema nervioso central. Su consumo produce varios efectos. A nivel cerebral produce una subida del nivel de dopamina, lo que explica la sensación de placer y de seguridad que tienen sus consumidores (Degenhardt, 2003; Lorenzo y Lizasoain, 2003). Atraviesa fácilmente la barrera hematoencefálica. Lo confunden con el éxtasis por sus efectos similares, pensando que consumen éxtasis en forma líquida. El GHB es un líquido incoloro, inodoro e insípido o con cierto sabor salado. Al ser líquido es difícil de controlar la dosis, debido a las adulteraciones. Se puede mezclar con agua o con otra bebida.

El GHB es un ácido graso que aparece de manera natural en el cuerpo humano. Fue metabolizado por primera vez en 1960. Parece que el GHB es un metabolito del neurotransmisor GABA (Degenhardt, 2003). El GHB produce sedación y anestesia. Es un depresor del SNC, con semejanzas a otros depresores como el alcohol y las benzodiacepinas. Se cree que modula una serie de neurotransmisores como la dopamina, la serotonina y los opiáceos. Una vez ingerido sus efectos aparecen entre 15 y 30 minutos; los efectos máximos entre 25 y 45 minutos, aunque ello depende de modo importante de la dosis. El GHB se ha utilizado para distintos usos clínicos, como inductor del sueño nocturno en personas con narcolepsia, como anestésico, como estimulante de la hormona del crecimiento a corto plazo, en el tratamiento del alcoholismo y de la desintoxicación a opiáceos, etc. (Degenhardt, 2003).

En los últimos años se aprecia un consumo ilegal de GHB, como lo reflejan los ingresos de personas en urgencias en distintos países por su consumo, como así también ocurre en España (Miró, Nogué, Espinosa, To-Figueras y Sánchez, 2002), donde en un estudio representativo de las urgencias hospitalarias españolas por consumo de drogas, el 3% de ellas fueron por consumo de GHB. En Estados Unidos, en el año 2000, hubo unas 5.000 urgencias hospitalarias por sobredosis de GHB (Degenhardt, 2003). El problema está en que muchos jóvenes no conocen que el éxtasis líquido es GHB y no el éxtasis que piensan que están consumiendo.

Por todos los problemas de uso ilegal del GHB, en los últimos años se ha limitado su uso a nivel legal. Ello ha llevado a que se haya incrementado el consumo de otras sustancias. Hay dos sustancias similares al GHB, la gammabutirolactona (GBL) y el butanediol (BD), que se metabolizan a GHB cuando entran en el organismo. Ambas son precursores del GHB. Tienen los mismos efectos farmacológicos que el GHB y son consumidas por los culturistas. Ambas sustancias producen una marcada dependencia y síndrome de abstinencia a las pocas horas de suspender su administración. Producen ansiedad, insomnio, ilusiones paranoides, temblores, taquicardia e hipertensión esencial (Lorenzo y Lizosoain, 2003). El problema de esta droga está en la dosis a utilizar (Nicholson y Balster, 2001). De cada envase no se conoce la dosis ni la potencia de la droga que se contiene en él.

Las razones que dan los consumidores de GHB para su uso son: para relajarse, por sus efectos euforizantes, porque aumenta la sensación de sexualidad (Degenhardt, 2003). Suelen combinarlo con otras drogas en ambientes de ocio, especialmente con alcohol.

Los efectos adversos del GHB incluyen mareos, náuseas, debilidad, confusión y agitación, somnolencia y coma. A veces también sudoración profusa, confusión y convulsiones (Degenhardt, 2003; Nicholson y Balster, 2001). Hay evidencia de que

el GHB produce síndrome de abstinencia, tolerancia y dependencia física. Los síntomas del síndrome de abstinencia son (Galloway *et al*., 1997): insomnio, calambres musculares, temblores y ansiedad. Degenhardt (2003) indica insomnio, irritabilidad, paranoia, alucinaciones auditivas y visuales, taquicardia ligera, hipertensión, náuseas y vómitos. No olvidemos los problemas de sobredosis que produce y que lleva a la hospitalización de parte de sus consumidores.

En España se detectó por primera vez el tráfico de GHB en 1995. Hoy, todos los indicios apuntan a un incremento del consumo de GHB en los países desarrollados. No es una droga carente de riesgos, como le ocurre igualmente al resto de las drogas. Es también, junto al flunitracepan (rophinol) y la ketamina, drogas de violación por cita (*date rape drugs*), ya que mezcladas con alcohol pueden incapacitar a las posibles víctimas de una violación para poder resistir el ataque sexual (Lorenzo y Lizosoain, 2003).

La ketamina

La ketamina fue inventada en 1962 por Calvin Stevens en los laboratorios farmacéuticos Parke-Davis. Era semejante a la fenciclidina (PCP), pero con efectos y toxicidad menores. Su efecto clave fue descrito como una anestesia disociativa cercana al trance (Jansen y Theron, 2003). En 1970 la FDA aprobó su consumo en humanos. En esos primeros años varios médicos adquirieron dependencia a la misma, llegando a morir varios de ellos. Otros, conocidos como psiconautas, o exploradores de la mente, o personas pertenecientes al movimiento new age, también la consumían. En los últimos años el consumo de ketamina se asocia a la música dance.

La ketamina es un estimulante a dosis bajas. Ello facilita bailar. Combinada con otras drogas (p.ej., cocaína, éxtasis) reduce su efecto disociativo. A nivel cerebral la ketamina se relaciona con múltiples receptores y estructuras. Los consumidores buscan en ella euforia, revelaciones místicas, alucinaciones y sensaciones plancenteras (Lorenzo y Lizosoain, 2003). En ocasiones la ketamina ha sido descrita como una droga psicodélica, aunque sería inadecuado afirmar que es alucinógena. Para otros sería un enteógeno, como veremos en un punto posterior.

Entre 1990 y 1995 en Europa muchas personas consumieron ketamina pensando que era éxtasis. Como los efectos eran distintos y desagradables la ketamina cogió mala fama. En el Reino Unido gozó durante tiempo de popularidad porque era mucho más barata que el éxtasis, dado que la introducían desde la India, como contrabando, dentro de botellas que supuestamente contenían agua de rosas (Jansen y Theron, 2003). Hoy es mucho más cara que el éxtasis.

El consumo de ketamina suele hacerse por vía intranasal, pero también se puede hacer por vía oral, en forma de pastillas. Una parte de su consumo procede del desvío o robo de la misma de hospitales o centros veterinarios. Pero la mayoría de la gente que la consume en el mercado negro como droga psicoactiva procede de otros países que la fabrican y de su tráfico ilegal. Las diferencias sobre su control, prohibición y venta legal varía de un país a otro.

Otros efectos se relacionan con la experiencia de cercanía de la muerte, una experiencia por la que pasa el individuo subjetivamente sin que haya ningún peligro físico ni realidad para ello. La experiencia puede ser maravillosa o aterradora. En este sentido tiene algunas características semejantes a la ayahuasca, aunque en este caso se suele tomar con una persona que guía al que la consume, lo que no ocurre con la ketamina.

El consumo sistemático de ketamina se asocia a un amplio conjunto de problemas de salud mental, como ansiedad, ataques de pánico, *flashbacks*, trastorno de estrés postraumático, cambios perceptivos persistentes, manía, depresión, suicidio, insomnio, pesadillas, terrores nocturnos, un desagradable sentimiento de ser irreal, delirios paranoides, alucinaciones persistentes, etc. (Jansen y Darracot-Cancovic, 2001; Jansen y Theron, 2003). No siempre están causados por el consumo de ketamina pero son más frecuentes en los que consumen.

La ketamina afecta a la atención, al aprendizaje y a la memoria cuando se está bajo sus efectos (Jansen y Theron, 2003). No hay evidencia de que en humanos estos efectos se mantengan a largo plazo cuando se ha dejado de consumir. También después de un consumo abusivo de ketamina se recupera el estado de ánimo habitual en unos días ya que la ketamina tiene efectos antidepresivos y eleva el estado de ánimo. Por ello se utiliza con seguridad en anestesia.

La ketamina en dosis subanestésicas actúa más como un estimulante que como un sedante. Es muy rara la muerte por sobredosis de ketamina. La cantidad máxima que se utiliza en medicina es de 13 mg./kg. por vía intramuscular. Los consumidores de ketamina en momentos de ocio, raramente pasan de 2 mg./kg. por vía intramuscular (o su equivalente por otras vías). El peligro de su consumo no es la sobredosis sino el estado de indefensión y/o confusión en que puede quedar la persona después de su uso (p.ej., dificultad para andar y mantener el equilibrio, visión borrosa o doble, etc.). Esto puede llevarles a tener accidentes, algunos de los cuales han resultado mortales, como quemarse, ahogarse, morir por hipotermia, accidentes de tráfico, etc. (Jansen y Theron, 2003).

La ketamina produce tolerancia, desarrollándose de modo rápido. Apenas existe evidencia de un síndrome de abstinencia físico, pero si lo hay psicológico. Están desasosegados y nerviosos varios días al dejar de consumir, no pueden concentrarse durante mucho tiempo, tienen problemas de memoria y humor eufórico que se puede convertir en irritabilidad. Con un consumo repetido los efectos de la ketamina son semejantes a los de las otras drogas de abuso (p.ej., alcohol, cocaína) (Jansen y Theron, 2003).

Los enteógenos

Existe una nueva denominación sobre las drogas que va cogiendo relevancia entre los consumidores, entre los jóvenes y en ciertos grupos culturales. Es la de enteógenos.

Distintos autores utilizaron por primera vez el término enteógeno en relación con las drogas, a finales de los años 70. Algunos de éstos fueron Hoffman, Ruck,

Schultes, Wasson, etc. (ver Wasson, Hoffman y Ruck, 1994), bien conocidos muchos de ellos en la divulgación de las drogas y su consumo. Estos autores acuñaron este término para la utilización de las drogas en ceremonias mágico-religiosas. Con ella, asumían que las drogas tenían base cultural y que eran parte del funcionamiento humano. Se olvidaron de decir también que lo que conocemos hoy por drogas y su uso en poco se parece al sentido ritual que tenían muchas de ellas a lo largo de su historia o de lo que hacen hoy algunas concretas culturas tradicionales aisladas a lo largo del mundo.

La definición original que se hizo de enteógeno fue: «enteógenos («Dios dentro de nosotros»): sustancias vegetales que, cuando se ingieren, producen una experiencia divina; en el pasado solían ser denominadas «alucinógenos», «psiquedélicos», «psicomiméticos», etc., términos que pueden ser objetados seriamente» (Wasson *et al*., 1994). Para otros la traducción latina de enteógeno sería la de Dios-dentro-que despierta o genera; esto es, con las drogas despertamos hacia Dios o despertamos hacia otra dimensión o forma de ver las cosas. Esto coincide muy bien con el uso de ciertos alucinógenos y otras drogas semejantes.

Inicialmente la palabra se utilizaba para referirse al aspecto espiritual, al hablar metafóricamente de «generar a Dios en el interior» (Jansen y Theron, 2003) o de que «genera la vivencia de Dios dentro de nosotros» (Fericgla, 1997). Poco a poco ese sentido religioso, por consumirse las drogas fuera de ese sentido religioso o cultural, se deja a un lado y se transforma en droga para buscar el autoconocimiento. En España dos representantes de esta concepción son Escohotado (1998) y Fericgla (1997). Escohotado es bien conocido por su historia general sobre las drogas y Fericgla por sus estudios sobre la ayahuasca en Ecuador entre los Shuar. Pero más recientemente, Ott (1996) sugiere limitar el uso de enteógeno sólo a aquellas sustancias que estuviese demostrado que formaban parte de ceremonias religiosas, dejando el término de «ludibundo» para los consumidores de esa sustancia fuera de los fines religiosos. Pero de poco ha servido esta diferenciación. A los consumidores les gusta más la primera, porque les justifica subjetivamente mejor su consumo. Por ello, poco a poco, el uso y abuso de la palabra enteógeno ha llevado a utilizarlo para todas las drogas, para todos sus usos y para todos sus contextos (Abad, 2003).

Una sensación que lleva a utilizar esta palabra al consumir drogas la podemos entender, siguiendo a Jansen y Theron (2003), cuando indican que algunas experiencias con la ketamina se asemejan a soñar con lucidez. El individuo nota que está soñando y, al tiempo, puede influir y controlar el sueño. Si recordamos la parte final de la película «2001: una odisea en el espacio», donde la persona no sabe si está en la realidad o soñando, ayuda a entender lo que se experimenta con la ketamina, y que para otros sería lo que se experimenta con un enteógeno. Hay visiones con brillantes colores, se crean nuevos vocablos, se repiten palabras o frases como si encerrasen el secreto del universo, cambia la percepción sobre el propio cuerpo, etc.

Para Fericgla (1997) la palabra enteógeno «se utiliza en medios especializados desde hace dos décadas para referirse a aquellas substancias de uso milenario, y casi siempre de procedencia vegetal, que el ser humano ha consumido desde los orígenes de la prehistoria conocida y de los cuales ha nacido su concepto de

divinidad, sea el que fuere; para experimentar aquello que se entiende bajo la idea primordial de divinidad» (p. 18). En esta afirmación hay varios errores como su afirmación de la utilización de las palabras «en medios especializados», lo cual no es cierto, sólo se usa en medios populares y de consumidores; el que el ser humano haya descubierto a Dios a través de las drogas ya que de ser cierto los consumidores serían creyentes, más creyentes que el resto de la población; y de que el ser humano lleva consumiendo drogas desde la prehistoria. Una cosa es una droga cultural, como así ha ocurrido en algunas culturas (p.ej., el alcohol en nuestra cultura), pero con una fuerte regulación y control social. Otra cosa bien distinta es que ahora tenemos disponibles todas las drogas sin restricción ni control, y fuera del contexto cultural que han tenido durante muchas décadas o centurias, como si creyésemos que tenemos ahora que consumirlas para hacernos más humanos, olvidándonos de los intereses y negocio que subyace a ello y de sus consecuencias. En esta línea, Fericgla (1997) llega a defender en su libro la tesis de «la necesidad de entender el uso humano de enteógenos como recurso destinado a activar los procesos cognitivos necesarios para una mejor adaptación al medio cambiente» (p. 21) o, dicho de otro modo, que con los mismos el individuo tiene una poderosa arma para adaptarse a su ambiente. El realizó trabajo de campo con los Shuar de Ecuador, un grupo ético de los Jíbaros, que viven en el Amazonas. Este pueblo tiene varias sustancias psicoactivas para su consumo, como tabaco silvestre, brugmansia, la ayahuasca (a la que añaden otras cinco plantas psicoactivas distintas para conseguir el brebaje con ese nombre, junto a la propia ayahuasca) y el alcohol, esta última obtenida más recientemente a través de intercambios. Otra interpretación distinta a la que él hace es la profunda crisis cultural que está viviendo este pueblo que les lleva a una aculturación de la cultura occidental, buscando a veces en sus drogas tradicionales el modo de escapar a la dura realidad de un mundo (real, material y simbólico) que se les desintegra delante de ellos. La hipótesis que plantea este autor, que es la de que «no es que cada pueblo disponga de un enteógeno o embriagante consensuado, sino que entorno a cada substancia con potencial enteógeno surge un núcleo generador de nuevos valores culturales» (Fericgla, 1997, p. 82) parece que va en sentido inverso revisando la evidencia de pueblos como el que ha estudiado o lo que le ocurre a las personas que al final quedan adictos a las distintas drogas.

Pero lo cierto es que lo nuevo vende y en Internet se pueden encontrar miles de páginas donde aparece esta palabra o páginas específicas que defienden las anteriores ideas, la mayoría del movimiento procannabis. La difusión de las drogas, de sus valores, de sus consumos, especialmente por Internet, está llevando a que en este tema haya dos perspectivas: la científica y profesional y la popular y de los consumidores.

La ayahuasca

La ayahuasca (*banisteriopsis caapi*), también conocida como yajé en Colombia, es una sustancia alucinógena que se viene utilizando desde hace cientos de años en

diversas culturas americanas en contextos rituales y sagrados (Fericgla, 1997). Es un bejuco selvático que se encuentra en el amazonas, en Colombia, Perú y Ecuador.

La relevancia de la misma queda expuesta por Vélez y Pérez (2004) cuando afirman que la ayahuasca, «es considerada una planta sagrada y maestra, que muestra a los chamanes el camino hacia una nueva forma de conocimiento; en ese contexto se la usa para encontrar soluciones a diversos problemas que enfrenta la tribu, para establecer el mejor momento de la cosecha, y también para sanar el cuerpo y el alma, para de esta forma alcanzar una evolución espiritual» (p. 323). Es considerada una planta sagrada y una planta de comunicación con el mas allá, amplificador de emociones, amplificador de la conciencia, oneirógena (generadora de sueños), etc. (Fericgla, 1997). El significado de la palabra ayahuasca en lengua quechua es el de «liana que lleva a visitar a los muertos», ya que consideran que bajo sus efectos pueden penetrar en el mas allá y acceder al mundo de los espíritus de sus antepasados.

Realmente, cuando la persona consume ayahuasca, en forma líquida, bebida, este líquido procede de la ayahuasca y de otras plantas que se le añaden para preparar esa bebida, las cuales son ricas en triptaminas, que son las que producen el efecto alucinógeno. El principal principio activo de la ayahuasca es la harmina. Por ello, con sólo la ayahuasca no habría efectos alucinógenos. Quien realmente los produce es la dimetiltriptamina, que es fruto de la combinación de la ayahuasca y de otras plantas que se le añaden en la cocción.

De modo semejante a lo que le ha ocurrido al opio, y específicamente a las hojas de coca en latinoamérica, la ayahuasca se utilizaba tradicionalmente en un contexto religioso y con normas para su consumo muy estructuradas, con una antigüedad de 5.000 años (Fericgla, 1997). También para la curación de enfermedades. Con los cambios sociales y con la búsqueda de todo tipo de drogas, también ha pasado a la ciudad, a la civilización, al resto del mundo. Dado que con la ayahuasca es posible modificar los estados de conciencia, era claro que para muchas personas iba a tener su atractivo.

Sus efectos varían desde lo equivalente a una borrachera hasta las experiencias alucinatorias. Se consideran tres fases en su consumo (Vélez y Pérez, 2004): la purga, donde mediante el vómito y la diarrea se limpia y desintoxica el cuerpo y el alma; la pinta, donde aparecen las alucinaciones, desde figuras sencillas y geométricas hasta elaboradas imágenes, de colores muy fuertes y brillantes; y el estado de bienestar que se obtiene los días o semanas posteriores a la toma. Se considera que las condiciones ambientales y personales son muy importantes para los efectos. Sin adecuadas condiciones los efectos pueden ser opuestos o negativos.

Los efectos de la ayahuasca son peculiares a nivel psicológico. Como indican Vélez y Pérez (2004), «con frecuencia los sujetos hablan de sensaciones místicas y telepáticas, se advierten cambios en la percepción del yo y en la experiencia de cercanía con otros y de unidad con el universo. De la misma manera se percibe un incremento en la capacidad de interacción con uno mismo. En general los efectos cuentan con una marcada carga espiritual así como con un fuerte componente que involucra la introspección y la reflexión» (p. 325). Como se aprecia por esta descripción, la ayahuasca tiene su sentido en ceremonias religiosas y de contacto con el

mas allá desde la perspectiva cultural en la que se ha venido utilizando desde hace cientos o miles de años. Fuera de ese contexto el resultado puede ser distinto, o será distinto. Según Fericgla (1997), la ayahuasca es hoy el enteógeno más apreciado entre los psiconautas aficionados a la autoexploración de los países occidentales. Desde la perspectiva de los enteógenos se ensalza la ayahuasca, cuando se afirma que la misma «es usada para activar mecanismos compensatorios de la conducta, aplicados al autoanálisis y a la búsqueda de resoluciones a los conflictos presentes, tanto de carácter emocional, como de carácter adaptativo general» (p. 31). También en Fericgla (1997) puede encontrarse una extensa descripción de sus efectos en los Shuar, tomado en este caso en su contexto cultural-religioso y, curiosamente, por sólo unos pocos (no por todos) y más por hombres que por mujeres. Probablemente esto se deba a lo que dice el propio autor sobre el riesgo de su consumo «el consumo de enteógenos tradicionalmente se da sólo en marcos altamente ritualizados y cargados de sacralidad, donde los símbolos reciben un trato muy especial ya que de ellos depende la lucidez o la locura subsiguiente» (p. 42).

Por suerte su consumo no se ha generalizado porque sus efectos secundarios son diarrea, vómito y su sabor es muy desagradable. También por su coste, que es elevado, por tener que traerlo de la selva y no estar su producción todavía realizada a nivel industrial como ocurre con las otras drogas. Por eso su uso está fundamentalmente ceñido a nivel ritual, religioso o terapéutico. Después de este primer uso tan aversivo produce sensaciones de paz y bienestar. El uso no controlado de la sustancia es peligroso por su toxicidad y poder de envenenamiento. Combinado con otras sustancias psicoactivas puede convertirse en muy peligrosa. En Colombia, donde se aprecia un incremento de su consumo en los últimos años, los motivos que llevan a las personas a su consumo son los de sanación, espiritualidad, interés académico para conocer más a los indígenas a través de lo que ellos hacen, y curiosidad (Vélez y Pérez, 2004). También debe indicarse que varias iglesias sincréticas de Brasil utilizan el yajé en sus prácticas religiosas, como las Iglesias de Santo Daime, desde la década de 1930. Hoy tiene de 10.000 a 13.000 adeptos (Fericgla, 1997). Otra, la UDV abarca zonas urbanas de Brasil, con personas de la clase media y alta. A partir de estos consumos en Brasil, y en otros países, este consumo se ha conocido y extendido a otros lugares del mundo llegando hasta el nuestro.

Un estudio reciente realizado por Vélez y Pérez (2004) en la ciudad de Bogotá (Colombia), con 40 consumidores de yajé (dos o más veces), la mayoría jóvenes, con media de edad de 30 años, nos indica lo que ocurre en otros países y las vías que abre para el consumo esta droga en nuestro medio. En este estudio, el 60% lo habían consumido en la ciudad y el resto fuera de ella. Sólo un 15% de ellos lo había consumido en la selva. Casi todos lo consumieron con la ayuda de un guía o de un chamán (conocidos allí como «taitas»). Casi el 50% lo consumió por motivos terapéuticos; el 82% busca la limpieza corporal con el yajé, para favorecer los efectos de sanación. Una parte de esta sanación se refiere al aspecto emocional del individuo o para clarificar cuestiones personales o buscar soluciones. También el 67% afirmaba que el yajé les permite ascender en su escala espiritual. Por el contrario, son muy pocos los que utilizan la sustancia para buscar efectos alucinatorios

con ella. Y, sus efectos aversivos (vómitos, diarreas) impiden su uso en el ámbito del ocio, para lo que existen otras drogas sin tales efectos.

También la ayahuasca es popular en ciertos procedimientos terapéuticos para curar otras adicciones, como ocurre en algunos tratamientos que se realizan en clínicas en plena selva en el Perú (Giove, 2002). Allí la ayahuasca es utilizada, junto a otras drogas, para conseguir deshabituar a las personas del consumo de todo tipo de drogas (cocaína, alcohol, heroína, PBC, marihuana, etc.), añadiéndole además la convivencia con otros adictos (una especie de comunidad terapéutica en la selva muy unida a la naturaleza) y psicoterapia, con el objetivo de restituir el marco simbólico del individuo para la modificación de la conciencia. Los indios Shuar que la utilizan (Fericgla, 1997) suelen prescindir del consumo de alcohol.

¿De nuevo la heroína?

Aunque hoy en día asociamos el uso de heroína a marginalidad debido principalmente a la imagen externa de conflictividad que transmite el colectivo de consumidores, no siempre ello ha sido así. En sus inicios, al igual que ocurre con muchas otras drogas, son grupos más o menos elitistas —grupos contraculturales o incluso ligados a las clases más favorecidas socialmente— los que lo empiezan usando (Calafat y Becoña, 2005). Y de hecho gran parte de la amplia reacción social que ha acompañado al uso de la heroína se debió no sólo a los problemas de orden público ligadas a su uso, sino también a cómo su uso implicaba y afectaba a los hijos de la burguesía. Esta percepción social positiva inicial tiene influencia en la primera expansión del consumo de heroína, del mismo modo que la visión negativa actual que se tiene de la sustancia hace que muchos jóvenes no se interesen por la heroína. Es típico que la imagen que se tiene de las drogas fluctúe y también sabemos que la percepción de la peligrosidad que se tiene de las drogas es un factor importante para que la gente lo consuma (Bachman, Johnston y O´Malley, 1998). Con la heroína estas oscilaciones también se producen y a veces de un modo rápido.

Aparentemente los nuevos consumidores de drogas de ocio basan en parte su identidad en la oposición a todo lo que representa la heroína. La proporción de personas que siguen pensando que la heroína puede provocar muchos problemas es muy elevada entre la población española. Así lo piensan un 90,4% de su consumo habitual y un 84,2% de su consumo esporádico entre la población general de 15 a 64 años (Plan Nacional sobre Drogas, 2002), pero algo preocupante es que estos niveles de preocupación bajan bastante si estudiamos la población estudiantil de enseñanza media, pues un 88,9% ven que el consumo habitual puede causar bastantes o muchos problemas, pero la proporción baja al 66,4% cuando se trata de un consumo ocasional (Plan Nacional sobre Drogas, 2003). En consecuencia, y desde un punto de vista preventivo, conviene mantener la alerta sobre esta sustancia, sin pensar que se trata de una droga del pasado. El hecho concreto es que existe bastante preocupación por una nueva subida del consumo de heroína ligado

a las circunstancias culturales y sociales actuales (Dean, 1999; Miller *et al*., 1998; Rosenker 2002).

La heroína va encontrando nuevos espacios de expansión, a veces lejos de los ambientes habituales con los que la asociamos. En el informe del 2003 del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT, 2003) señala que en al menos la mitad de los países de la UE se ha registrado cierto incremento desde mediados de la década de los 90. Aunque es un fenómeno poco estudiado todavía existen datos que asocian su consumo con ambientes de ocio de fin de semana (Gervin, Smith y Keenan, 1998; Ingold, 1998; Calafat *et al*., 1999; Parker, Buryl y Egginton, 1998). Es una situación poco frecuente pero no excepcional dado que estos jóvenes son policonsumidores y en búsqueda constante de nuevas experiencias. En ocasiones la heroína se utiliza al final de la noche para poder tranquilizarse después de consumir tantos estimulantes. El peligro de que la heroína circule entre estos ambientes de moda está en que la gente empiece a valorarla de otra forma y pierda su connotación negativa de droga peligrosa y de 'perdedores' que tiene actualmente. En el estudio de Parker, Buryl y Egginton (1998) entre 165 nuevos adictos a la heroína, encuentra que el 29% pertenecían a grupos marginales, el 7% a jóvenes integrados que correspondían al perfil de 'usuarios recreativos' y el 51% restantes correspondían a cuadros más complejos. Bastante preocupante era el hecho de que un tercio de esta misma muestra —que se limitaba a consumidores de menos de 19 años— tenía menos de 16 años.

Conviene recordar aquí algunos datos del pasado acerca de la forma en que se expande la heroína. La impresión actual es que estamos ante un fenómeno estancado que se expande en todo caso lentamente a través de grandes resistencias. Pero esta visión no corresponde con lo que ha ocurrido en el pasado —sin que ello signifique necesariamente que estamos ante situaciones repetibles— donde está bien documentada la capacidad epidémica de dicha droga en su expansión por ciudades americanas (Hunt y Chamber, 1976) y también europeas. En la ciudad inglesa de Wirral, de unos 340.000 habitantes, se paso a principios de los 80 de no tener prácticamente ningún heroinómano a tener cerca de 4.000 al cabo de 6 años (Parker, Baks y Newcombe, 1988). Y viceversa, en una muestra de adolescentes y jóvenes de raza negra de Harlem se pasó de un 8% de consumo durante el último año en 1970-71 a menos de un 3% durante 1975-76 (Boyle y Brunswick, 1980).

Un colectivo bien conocido como consumidor de opiáceos es el de los presos, tanto en España como en otros países. Pero quizás menos conocido es el hecho de que las cárceles pueden funcionar también como lugares de iniciación en el consumo. En un estudio reciente con una amplia muestra de 3.142 presos de las cárceles inglesas y galesas se encontraba que más de una cuarta parte de los que consumían heroína se habían iniciado en el consumo en la misma cárcel (Boys *et al*., 2002).

Un grupo de riesgo especial, al que conviene prestar especial atención, es el de los hijos de los usuarios de heroína o de metadona. Al igual que se han diseñado ya programas especiales para atender a los hijos de alcohólicos, como el programa Alfil (Díaz y Ferri, 2002), también empieza a existir interés en apoyar a los hijos de toxicómanos (Catalano *et al*., 1997). Otro grupo especial estaría formado por los

que consumen medicamentos opiáceos conseguidos en las farmacias (antitusígeno, etc.). En países como Francia, donde hasta hace pocos años los tratamientos de sustitución eran escasos, era muy frecuente que muchos adictos a la heroína acudiesen a estos medicamentos como forma de controlar los cuadros de abstinencia. Pero aquí queremos hacer un especial énfasis en aquellos cuya vía de inicio puede ser el autoconsumo o debido a un efecto iatrogénico. En un estudio en Canadá entre 339 voluntarios reclutados a través de anuncios que utilizaban codeína por lo menos tres veces por semana durante unos mínimos de 6 meses, un 81% lo utilizaban por un problema de dolor crónico (Sproube *et al*., 1999).

Conclusión

Nunca en la historia habíamos llegado a un consumo tan generalizado de las drogas como el que estamos viviendo actualmente. Aunque se han padecido varias epidemias de consumo de drogas en distintos países y continentes, nunca se había generalizado el problema del modo en que hoy lo conocemos. Las consecuencias que dicho consumo acarrea en la salud de muchos consumidores es evidente. La unión del consumo de drogas con el ocio, con la evasión, con el bienestar, y su unión al consumo abusivo de alcohol, resulta ser una mezcla explosiva y letal en algunos de sus consumidores.

Sabemos lo que podríamos hacer para contener el consumo de drogas a través de la puesta en práctica de adecuadas medidas preventivas (Becoña, 2002, Muñoz, Graña y Cruzado, 2000). Pero no se están haciendo o se están haciendo con un bajo nivel de intensidad. Pero, ¿por qué ocurre esto?

En la base del consumo de drogas está una sociedad, que al fin y al cabo es en la que vivimos. La nuestra ensalza por encima de todo el hedonismo, unido al consumismo, a la permisividad y al negocio por el negocio. El objetivo de nuestro sistema social es que la persona trabaje, obtenga un dinero, con ese dinero consuma, y consumiendo que se encuentre feliz. Pero dentro de ese consumo también se cruzan las drogas y los medicamentos, porque el consumo por el consumo a veces no es suficiente para ser feliz. Las drogas parece que nos pueden complementar esa búsqueda de la felicidad. Y para muchos les sirve, aunque con ello queden dependientes a las mismas. Algunos resuelven sus frustraciones con drogas, con el consumismo, con la anomía. Pero también ponen en peligro su vida. Las drogas producen dependencia, sea cual sea el tipo de droga.

Fenómenos como la globalización, el actual modelo económico globalizado, la insatisfacción con la situación presente por parte de algunos jóvenes, el fracaso en los estudios, el cambio en la estructura familiar y en su función, la falta de acceso real a las oportunidades que se les venden socialmente a los jóvenes (p.ej., trabajo digno, vivienda, vacaciones, placer, acceso a todos los bienes de consumo que se ofertan, etc.), también están en la causa del incremento del consumo de drogas, de tontear con las drogas y de que una parte de éstos finalicen siendo dependientes de ellas, de alguna de las múltiples de ellas que tenemos disponibles actualmente, como de un supermercado se tratase.

Ante este estado de cosas, ¿por qué no se hace lo que se debiera hacer? Básicamente no se toman medidas que llevarían a un cambio en la tendencia de consumo por tres motivos: 1) por los cambios sociales que se están produciendo en todos los países desarrollados; en relación con la diversión, se prima la diversión de fin de semana; hay un descenso de la percepción del riesgo sobre sustancias como el cannabis, drogas de síntesis, cocaína, etc. Incluso al cannabis los consumidores lo denominan con el apelativo eufemístico de «droga blanda»; 2) por la globalización, que implica las mismas modas, tiendas, gustos, objetos de consumo y también disponibilidad de drogas semejantes en aquellos países que tienen dólares o euros para comprarlas, y divertirse con ellas (luego una parte quedarán enganchados a ellas; y 3) porque la administración mira para otro lado, ya que el control real del consumo de muchas drogas implica cambios «estructurales» en el sistema social que harían muy costoso dicho cambio (p.ej., mejorar la calidad de las escuelas, proporcionar más apoyo y estrategias educativas a la familia, invertir en los jóvenes, mejorar el mercado laboral, dar más oportunidades sociales a todos, etc.). Además, tenemos en España una de las legislaciones más tolerantes del mundo sobre el consumo de cannabis. En contraposición los programas preventivos para las distintas drogas son escasos o inexistentes y, en ocasiones cuando existen, se aplican con baja intensidad, con lo que no es seguro que consigan el objetivo que pretenden. Nos queda el recurso del tratamiento (Becoña y Martín, 2004), pero debería ser el último, no el primero.

La psicología, como profesión sanitaria, tiene como objetivo evitar el sufrimiento humano. El sufrimiento de hoy y el de mañana. De ahí que el desarrollo de adecuados programas preventivos y de tratamiento debe ser un objetivo central de nuestra profesión en un problema social de tanto calado como es el del consumo de drogas.

Referencias

Abad, M. (2003). Carga teórica, eufemimismo y contradicción en el término enteógeno. *El Catoblepas. Revista Crítica del Presente, 16, artículo 16* (en www.nodulo.org/2c/2003/no16.htm).

Ammerman, R.T., Ott, P.J., Tarter, R.E. y Blackson, T.C. (1999). Critical issues in prevention of substance abuse. En R.T. Ammerman, P.J. Ott y R.E. Tarter (dirs.). *Prevention and social impact of drug and alcohol abuse* (pp. 3-20). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Ashton, H. (2002). Cannabis or health? *Current Opinion in Psychiatry, 15*, 247-253.

Bachman, J.G., Johnston, L.D. y O´Malley, P.M. (1998). Explaining recent increases in students'marijuana use: impact of perceived risks and disapproval, 1976 through 1996. *American Journal of Public Health, 88*, 887-892.

Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Becoña, E. (2004). *Guía clínica para ayudar a los fumadores a dejar de fumar*. Valencia: Socidrogalcohol.

Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Intervención social en drogodependencias*. Madrid: Síntesis

Bobes, J., Lorenzo, P. y Sáiz, P. (1998). *Éxtasis (MDMA): Un abordaje comprensivo*. Barcelona: Masson.

Boyle, J.M. y Brunswick, A.F. (1980). What happened in Harlem? Analysis of a decline in heroin use among a generation unit of urban black youth. *Journal of Drug Issues, 10*, 109-130.

Boys, A., Farrell, M., Bebbington, P., Brugha, T., Coid, J., Jenkins, R. et al. (2002). Drug use and initiation in prison: results from a national prison survey in England and Wales. *Addiction, 97*, 1551.

Calafat, A. (2004). *Cannabis.* Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Calafat, A. y Becoña, E. (2005). ¿Se puede prevenir el consumo de heroína? *Adicciones, 18, (Supl. 2)*, 299-320.

Calafat, A., Bohrn, K., Juan, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Palmer, A., Sherlock, K., Simon, J., Stocco, P., Sureda, M.P., Tossmann, P., van der Wijngaart, G. y Zavatti, P. (1999). *Night life in Europe and recreative drug use. SONAR 98.* Palma de Mallorca: Irefrea.

Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Bellis, M.A., Bohrn, K., Hakkarainern, P., Kilfoyle-Carrington, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Siamou, I., Simon, J., Stocco, P. y Zavatti, P. (2001). *Risk and control in the recreational drug culture. Sonar Project*. Palma de Mallorca: IREFREA.

Calafat, A., Fernández, C., Becoña, E., Gil, E., Juan, M. y Torres, M..A. (2000a). Consumo y consumidores de cannabis en la vida recreativa. *Adicciones, 12, Supl. 2*, 197-230.

Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Anttila, A., Arias, R., Bellis, M.A. et al. (2003). *Enjoying the nightlife in Europe. The role of moderation*. Palma de Mallorca: IREFREA.

Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Becoña, E. y Gil, E. (2004). *La diversión sin drogas: Utopía y realidad*. Palma de Mallorca: Irefrea.

Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E. y Llopis, J.J. (2000b). Estrategias y organización de la cultura pro-cannabis. *Adicciones, 12, Supl. 2*, 231-273.

Calafat, A. Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., Sureda, P. y Torres, M.A. (2000c). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E. y Llopis, J.J. (2001). Vida social de la cocaína. *Adicciones, 13, Supl. 2*, 61-103.

Calafat, A., Stocco, P., Mendes, F., Simon, J., van de Wijngaat, G., Sureda, M.P., Palmer, A., Maalsté, N. y Zavatti, P. (1998). *Characteristics and social representation of ecstasy in Europe*. Palma de Mallorca: Irefrea.

Catalano, R.F., Haggerty, K.P., Gainey, R.R. y Hoppe, M.J. (1997). Reducing parental risk factors for children's substance misuse: preliminary outcomes with opiate-addicted parents. *Substance Use & Misuse, 32*, 699-721.

Dean, M. (1999). Britain on the brink of new heroin epidemic. *Lancet, 353,* 1947.

Díaz, R. y Ferri, M.J. (2002). Intervención en poblaciones de riesgo: los hijos de alcohólicos. *Adicciones, 14 (Supl. 1)*, 353-374.

Degenhardt, L. (2003). GHB: un análisis. *Adicciones, 15* (Supl. 2), 167-177.

Escohotado, A. (1998). *Historia general de las drogas*. Madrid: Espasa.

Fergusson, D.M., Horwood, L.J. y Beautrais, A.L. (2003). Cannabis and educational achievement. *Addiction, 98*, 1681-1692.

Fericgla, J.M. (1997). *Al trasluz de la ayahuasca. Antropología cognitiva, oniromancia y consciencias alternativas*. Barcelona: Los Libros de la Liebre de Marzo, S.L.

Galloway, G., Frederick, S., Staggers, F., Gonzales, M., Stalcup, S. y Smith, D. (1997). Gamma-hydroxybutyrate: An emerging drug of abuse that causes physical dependency. *Addiction, 92*, 89-96.

Gentil, V. (2003). Cannabis, psychosis, smoke and fire. *Stress and Health, 19*, 249-251.

Gervin, M., Smith, L., y Keenan, E. (1998). Chasing the dragon: experience in Ireland and associations with Ecstasy. *Addiction, 93*, 601-602.

Hunt, S.y Chambers, S. (1976). *The heroin epidemics: a study of heroin in the United States*. Nueva York: Spectrum.

Ingold, R. (1998). L'Ecstasy: recherche pilote. *Toxibase*, 59-69.

Giove, R. (2002). *Medicina tradicional amazónica en el tratamiento de las toxicomanías. La liana de los muertos al rescate de la vida*. Tarapoto, Perús: Takiwasi.

Jansen, K.L.R. y Theron, L. (2003). Ketamina: nuevas observaciones sobre su consumo, consumidores y efectos. *Adicciones, 15 (Supl. 2)*, 135-166.

Jansen, K.L.R. y Darrracot-Cancovic, R. (2001). The non-medical use of ketamine, part two: A review of problem use and dependence. *Journal of Psychoactive Drugs, 33*, 151-158.

Lorenzo, P. y Lizasoain, I. (2003). Características farmacológicas de las drogas recreativas (MDMA y otras *anfetaminas, Ketamina, GHB, LSD y otros alucinógenos). Adicciones*, *15* (Supl. 2), 51-75.

Lynskey, M.T., Coffey, C., Degenhardt, L., Carlin, J.B. y Patton, G. (2003). A longitudinal study of the effects of adolescent cannabis use on high school completion. *Addiction, 98,* 685-692.

Martín, S.L.C. (1994). Farmacología de las sustancias psicoactivas.En R. Tapia (dir.), *Las adicciones. Dimensión, impacto y perspectivas* (pp. 270-283). México: El Manual Moderno.

Mendiola, J. y Becoña, E. (2003). La aparición de las «Grow Shop & Smartshop» y los nuevos cambios en el consumo de drogas: un estudio en sus usuarios. *Adicciones, 15,* 243-254.

Miller, K.H., Christensen M.H. y Patsdaughter, C.A. (1998). Heroin chic: the new epidemic. *Nurse Spectrum, 29*, 12-14.

Miró, O, Nogué, S., Espinosa, G, To-Figueras, J. y Sánchez, M. (2002). Trends in illicit drug emergencies: The emerging role of gamma-hydroxybutyrate. *Journal of Toxicology-Clinical Toxicology, 40*, 129-135.

Muñoz, M., Graña, J.L. y Cruzado, J.A. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicopatología Clínica, Legal y Forense.

Nicholson, K. y Balster, R. (2001). GHB: A new and novel drug of abuse. *Drug and Alcohol Dependence, 63*, 1-22.

OEDT (2003). *Informe anual 2003.El problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega*. Lisboa: Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.

Ott, J. (1996). *Pharmacotheron*. Barcelona: La Liebre de Marzo.

Parker, H., Bakx, K. y Newcomb, R. (1988). *Living with heroin: the impact of a drugs 'epidemics' on an English Community*. Milton Keynes: Open University Press.

Parker, H., Bury, C. y Egginton, R. (1998). *New heroin outbreaks amongst young people in England and Wales. Crime Detection and Prevention Series. Paper 92*. London: Home Office. Police Research Group.

Plan Nacional sobre Drogas (2002). *Observatorio español sobre drogas. Informe nº 5*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Plan Nacional sobre Drogas (2003). *Observatorio español sobre drogas. Informe nº 6*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Plan Nacional sobre Drogas, Grupo de Estudios sobre el Cannabis (2004). *Informe sobre el cannabis 2004: Análisis de la situación y propuestas de actuación*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Plan Nacional sobre Drogas (2005). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanza secundaria 2004*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Ramaekers, J.G., Berghaus, G., van Laar, M. y Drummer, O.H. (2004). Dose related risk of motor vehicle crashes after cannabis use. *Drug and Alcohol Dependence, 73*, 109-119.

Rosenker, D.C. (2002). Heroin reaches the well-to-do population. Behavioral Health. *Tomorrow, 11,* SR28-30.

Salazar, I. y Rodríguez, A. (1996). Drogas de síntesis: psicodélicos. En E. Becoña, A. Rodriguez e I. Salazar (coord.), *Drogodependencias. III. Drogas ilegales* (pp. 221-255). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Composela.

Schuckit, M.A. (2000). *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment* (5ª ed.). Nueva York: Plenum Medical Book Company.

Sproule, B.A., Busto, U.E., Somer, G., Romach, M.K. y Sellers, E.M. (1999). Characteristics of dependent and nondependent regular users of codeine. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 19*, 367-72.

Spruit, I.P. (dir.) (2002). *Cannabis 2002 Report*. Brussells, Belgium: Ministry of Public Health of Belgium.

Vélez, A. y Pérez, A. (2004). Consumo urbano de yajé (ayahuasca) en Colombia. *Adicciones, 16*, 323-334.

Wasson, R.G., Hoffman, A. y Ruck, C.A.P (1994). *El camino a Eleusis. Una solución al enigma de los misterios*. Madrid: Fondo de Cultura Económica (original 1978).

Weiss, C.J. y Millman, R.B. (1998). Hallucinogens, phencyclidine, marijuana, inhalants. En R.J. Frances y S.I. Miller (dirs.), *Clinical textbook of addictive behaviors* (2ª ed) (pp. 202-232). Nueva York: Guilford.