

Joan R. Lladós  
Farmacéutico comunitario

“**El farmacéutico comunitario debe prestar una especial atención a la forma del consumo, más que a la sustancia en sí misma»**

# Abuso de sustancias

Aunque tradicionalmente el concepto de abuso de drogas llevaba implícito el concepto de adicción, actualmente la mayoría de expertos utilizan una clasificación diferente, basada en los criterios del DSM-5, en los que se suele omitir dicha expresión de la terminología oficial del diagnóstico de consumo de sustancias a causa de su definición incierta y de las posibles connotaciones negativas que conlleva. Se prefiere la denominación de «trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos», en la que el diagnóstico depende más de la presencia de un trastorno concomitante que del propio consumo de una sustancia concreta en sí mismo. A pesar de ello, la Asociación Americana de Psiquiatría establece en dicho Manual los siguientes grupos de sustancias susceptibles de provocar problemas:

- Alcohol.
- Cafeína.
- Cannabis.
- Alucinógenos.
- Inhalantes.
- Opiáceos.
- Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- Estimulantes: anfetaminas, cocaína y otros.
- Tabaco.
- Otros.



Aunque el Manual remite al apartado específico para cada una de las sustancias, sin otorgar una excesiva importancia al carácter legal o no de ella, no es menos cierto que entiende sin complejos que los distintos grupos de drogas no son radicalmente distintos entre sí, al afirmar que «cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa, provocando un refuerzo de los comportamientos». Tanto es así que, para los trastornos inducidos por sustancias, más allá de la intoxicación y la abstinencia (que deben gestionarse de forma específica), remite de forma adicional a los siguientes apartados generales:

- Trastorno psicótico.
- Trastorno bipolar.
- Trastorno depresivo/ansiedad.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastornos del sueño.
- Disfunción sexual.
- Otros.

### Abuso, adicción... dependencia

La elección del término «abuso» para encabezar esta reflexión obedece a motivos puramente estéticos y orientativos, ya que actualmente se halla en franco declive entre los especialistas. Y, aunque el terreno lexicográfico resulte en extremo pantanoso, tanto por las acepciones de dichos vocablos en el lenguaje corriente como por su indefinición en el campo técnico, no podemos dejar de hacer una referencia mínima a ellos para intentar clarificar los conceptos en los que debe basarse la labor del farmacéutico comunitario.

El término «abuso» está ampliamente extendido en relación con el consumo de drogas, alcohol y sustancias químicas o psicoactivas. Generalmente suele asociarse, en forma reprobatoria, al consumo de drogas ilegales. Su antigua definición hace referencia a «un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva, caracterizado por un consumo continuado»... a pesar de las consecuencias. Aunque a veces se equipara a la «adicción», actualmente se emplea el término «dependencia», que hace referencia a la necesidad de consumir dosis repetidas para encontrarse bien o no sentirse mal. Técnicamente se entiende por dependencia un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y de comportamiento que indican el deterioro del control sobre el consumo de una sustancia, de forma que se sigue consumiendo a pesar de las consecuencias adversas. Si bien esta definición tiene un carácter global, puede aplicarse tanto a los elementos psicológicos (deterioro del control del consumo → *craving* → ansiedad) como a los elementos físicos (tolerancia, abstinencia).

### Características del consumo

De lo anteriormente descrito parece desprenderse que el «abuso» de sustancias se limita a las de propiedades psicoactivas en relación con su capacidad de producir cierto



©iStock.com/PhotoQueen123

grado de dependencia. En la práctica, sin embargo, es relativamente frecuente que el farmacéutico comunitario se encuentre con casos en los que se produce un «abuso» de sustancias que carecen de potencial para generar una verdadera dependencia como laxantes, analgésicos menores, antiácidos o vitaminas, por ejemplo. Se trata de un verdadero «abuso de sustancias que no producen dependencia»: consumo repetido e inapropiado que se acompaña de efectos físicos o psicológicos nocivos. A pesar de que el consumo de dichas sustancias no produce efectos psíquicos placenteros (ni dependencia o abstinencia), existe una cierta resistencia a los consejos relativos al abandono del consumo, probablemente por la aparición de una cierta dependencia psicológica a causa de su uso inadecuado. En el caso de los medicamentos, su utilización inadecuada puede deberse a un amplio abanico de causas que van desde la iatrogenia (prescripción de fármacos opiáceos con un elevado grado de tolerancia y/o potencial adictivo como buprenorfina, tramadol o tiapentadol, por ejemplo) hasta la falta de control. De todo ello parece desprenderse que, aunque unas sustancias poseen un mayor potencial de dependencia que otras, el farmacéutico comunitario debe prestar una especial atención a la forma del consumo, casi más que a la sustancia en sí misma.

Para una misma sustancia, su utilización por parte del «consumidor» puede asumir diferentes formas. Partiendo de la definición de que «uso» se refiere a la autoadministración de una sustancia sin mediar intervención de un profesional sanitario, deberán tenerse en cuenta las siguientes alternativas de consumo:

- *Consumo moderado*: se caracteriza por el consumo regular de cantidades que no causan problemas. El riesgo asociado suele considerarse bajo.
- *Consumo controlado*: consumo regular y no compulsivo que trata de evitar tanto la intoxicación como la pérdida del control. Puede darse en personas que han mostrado anteriormente signos de dependencia o un consumo perjudicial.
- *Consumo abusivo*: patrón de consumo que excede una cierta cantidad diaria o una cantidad concreta por ocasión. Tomando como ejemplo el alcohol, se trataría de más de 3 bebidas diarias o más de 5 bebidas en una ocasión, al menos una vez por semana.
- *Consumo experimental*: suele utilizarse para designar tanto las primeras ocasiones en las que se consume una droga como los casos de un consumo extremadamente infrecuente.
- *Consumo evasivo*: motivado por el deseo o la necesidad de sustraerse a un estado de ánimo (o una situación) desagradable.
- *Consumo de riesgo o excesivo*: excede del estándar aceptado del consumo moderado y puede tener carácter episódico (varias veces al año) o habitual (consumo regular de cantidades elevadas).
- *Consumo problemático*: patrón de consumo que provoca problemas sociales y/o de salud, tanto a nivel individual como a título colectivo.
- *Consumo social*: se realiza en compañía de otras personas y solamente por motivos de integración en un grupo social. Puede ser moderado o excesivo.
- *Consumo recreativo*: con la finalidad experimentar determinadas sensaciones (estimulación, desinhibición, alucinaciones).

### Nuevas sustancias psicotrópicas, «ma non troppo»

Los cambios sociales experimentados en las últimas décadas han comportado variaciones notables en el patrón de consumo de drogas por parte de la población. La utilización de una droga no está relacionada solamente con sus propiedades farmacológicas, sino que depende también de otros factores: lo que se piensa de una sustancia y la facilidad de acceso a ella influyen enormemente. Baste recordar, por ejemplo, la época dorada del tabaco. Mientras no había película de éxito en la que los protagonistas no fumasen en numerosas escenas, se podía adquirir una cajetilla de tabaco en cualquier establecimiento y a cualquier hora (máquinas dispensadoras en la calle). Incluso se podían



©iStock.com/Remains

“Es relativamente frecuente que el farmacéutico comunitario se encuentre con casos en los que se produce un “abuso” de sustancias que carecen de potencial para generar una verdadera dependencia»

comprar cigarrillos sueltos. Toda una gran estrategia de marketing. En el mundo de las drogas ilegales también se dan circunstancias de este tipo, aunque los mecanismos son distintos. A pesar de no disponer de los mismos medios, la aparición de nuevas drogas es un fenómeno que ha dado lugar a las más diversas denominaciones, tanto de las propias sustancias (nuevas sustancias psicotrópicas, nuevas sustancias estupefacientes, euforizantes legales, productos químicos de investigación, drogas recreativas, drogas de «parties», drogas emergentes), como de sus efectos. Dejando a un lado las disquisiciones semánticas y técnicas, cabe decir que las «nuevas sustancias psicotrópicas» no siempre son de creación reciente. En algunos casos se trata de viejas conocidas de la práctica médica o veterinaria.

Lo que resulta verdaderamente novedoso es su uso, así como su difusión y adquisición a través de Internet y de las redes sociales. Otro factor novedoso muy característico es la velocidad a la que se producen nuevas formulaciones químicas. El objetivo de éstas es doble. Por un lado se pretende eludir la ilegalidad, ya que, al tratarse de sustancias ligeramente modificadas químicamente, no aparecen en las listas restrictivas aprobadas por las Autoridades. Por otra parte, se intenta conseguir el mantenimiento de sus propiedades psicoactivas. Muchas de ellas pueden sintetizarse fácilmente, sin demasiados conocimientos específicos: basta seguir algunas instrucciones publicadas en Internet. Tam-

poco se precisa un utillaje sofisticado, de tal forma que la fabricación puede realizarse en una cocina doméstica o en la bañera, cambiando de ubicación para no levantar sospechas, aunque los más precavidos realizan los trabajos en laboratorios móviles ubicados en furgonetas o autocaravanas. Con tales controles de calidad es fácil comprender que el consumo de estas sustancias no puede considerarse seguro, al desconocerse aspectos tan fundamentales como su composición real (presencia de productos intermedios, restos de reactivos) o la dosis por unidad de consumo.

Los trabajos más recientes agrupan todas estas sustancias en diferentes categorías, que se citan a continuación, en función de sus características químicas.

### Feniletilaminas y anfetaminas

Incluye 3 grupos en función de sus efectos psicoestimulantes, entactógenos o alucinógenos.

#### Psicoestimulantes

Anfetaminas	Catinonas
Anfetamina (d,l)	Catinona (khat)
Dextroanfetamina	Metcatinona (efedrona)
Metanfetamina (d,l)	Metilmetcatinona (mefedrona)
Levometanfetamina	Etilona (entactógeno)
Metilfenidato	Metilona (entactógeno)
Efedrina	Butilona (entactógeno)
Fentermina	

#### Entactógenos

Producen efectos emocionales y sociales similares a los provocados por el «éxtasis» (MDMA). Inducen una sensación de empatía, por lo que también se utiliza la denominación de empatógenos, aunque se tiende a evitarla por la connotación negativa que supone la voz griega «pathos» (sufriamiento).

3,4-metilelenodioximetanfetamina (MDMA, éxtasis, Adán)
3,4-metilenodioximetanfetamina (MDA, píldora del amor)
3,4-metilenodioxietilmetanfetamina (MDEA, MDE, Eva)
3,4-metilenodioximetcatinona (metilona, explosión)
3,4-metilenodioxietilcatinona (etilona)
β-keto-N-metilbenzodioxolilpropilamina (bk-MBDB, butilona)
N-metil-1-(3,4-metilenodioxifenil)-2 butamina (MBDB)

#### Alucinógenos

4-bromo-2,5-dimetoxianfetamina (DOB)
4-metil-2,5-dimetoxianfetamina (DOM, STP)
2,4,5-trimetoxianfetamina (TMA-2)
Parametoxianfetamina (PMA)
4-bromo-2,5-dimetoxifenilamfetamina (2cb-MFT)
2,5-dimetoxi-4-bromo-feniletilamina (2-CB, <i>nexus</i> )
2,5-dimetoxi-4-iodo-feniletilamina (2-C-I)
2,5-dimetoxi-4-(n)-propiltio-feniletilamina (2C-T-2)
8-bromo-2,3,6,7-benzodifuranil-isopropilamina (bromo- <i>dragonfly</i> )

### Otros

Incluye sustancias como la pirovalerona y derivados como la nafirona (naftil-pirovalerona [NRG-1], la alfa-pirrolidin-pentiofenona (α-PVP) y la metilendioxi-privalerona (MDPV).

### Triptaminas

Las nuevas triptaminas comparten estructura indólica con sustancias como el triptófano del que derivan, serotonina, melatonina, bufotenina, psilocibina o sumatriptán. Una fracción de la molécula de triptamina forma parte de la estructura de sustancias más complejas (LSD, ibogaína, yohimbina). Algunas triptaminas tienen un origen natural, aunque muchas de las identificadas como sustancias de abuso son sintéticas.

N,N-dimetiltriptamina (DMT)
5-metoxi-N,N-dimetiltriptamina (5-MeO-DMT)
5-hidroxi-N,N-dimetiltriptamina (Bufotenina)
N,N-diisopropiltriptamina (DiPT)
α-metiltriptamina (AMT)
5-metoxi-α-metiltriptamina (5-MeO-AMT)
4-hidroxi-N-isopropil-N-metiltriptamina (4-HO-MET)
N,N-dipropiltriptamina (DPT)

Pertenece a este grupo muchas otras sustancias de abuso, la mayoría de las cuales se sintetizan a partir de β-carbolina.

### Derivados de la 1-aril-piperazina

El consumo de sustancias derivadas de la piperazina proporciona efectos similares a las anfetaminas y al «éxtasis», aunque se suelen considerar menos potentes. Los efectos «buscados» pueden alcanzar las 6-8 horas con una sola dosis, pero otro tipo de efectos (vómitos y náuseas, dolor de cabeza, palpitaciones, ansiedad, pensamientos extraños, cambios de humor, confusión, temblores o insomnio) pueden prolongarse hasta 8-10 horas más. Los dos grupos principales son las benzilpiperazinas y las fenilpiperazinas.

Benzilpiperazinas	Fenilpiperazinas
1-benzilpiperazina (BZP)	1-(3-clorofenil)-piperazina (mCPP)
1-(3,4-metilenodioxibenzil)-piperazina (MDBP)	1-(3-trifluorometilfenil)-piperazina (TFMPP)
	1-(4-metoxifenil)-piperazina (MeOPP)

Se venden en forma de comprimidos, cápsulas o polvo blanco bajo numerosos nombres de fantasía (éxtasis legal, frenesí, emoticonos...).

### Derivados de opiáceos

Entre las nuevas sustancias psicotrópicas de carácter opiáceo, además del dextrometorfano, se incluyen 2 grupos. En el primero destacan los derivados del fentanilo: α-metilfentanilo (China White), parafluorofentanilo y 3-me-



©iStock.com/Ken Tannenbaum

“**Los cambios sociales experimentados en las últimas décadas han comportado variaciones notables en el patrón de consumo de drogas por parte de la población»**

tilfentanilo. El otro grupo está formado por los derivados de la petidina (o meperidina), entre los que destaca el MPPP (desmetil-prodina o 4-propionioxi-4-fenil-N-metilpiperidina,

un analgésico de investigación que nunca llegó a comercializarse). La importancia de esta sustancia reside en su capacidad para producir un síndrome de Parkinson permanente, tanto por la presencia de una impureza neurotóxica (MPTP) como por la existencia de un metabolito (MPP+, 1-metil-4-fenilpiridinio), también neurotóxico.

### Otros grupos

A título orientativo se citan los siguientes.

- Pirrolidinofenonas:  $\alpha$ -pirrolidinopropiofenona (PPP), 4-metoxi- $\alpha$ -pirrolidinopropiofenona (MOPPP), así como MDPPP, MPPP, MPPP, MPHP, MPBP y PVP.
- Cannabinoides sintéticos, conocidos bajo las siglas Am-694, CP 47,497, cannabicitohexanol, CP 55,9940, HU-210, JWH-018, JWH-073, JWH-200 JWH-250, HC-O-acetato. Aunque en España parece que ha pasado desapercibido, no podemos dejar de citar la aparición en Francia del primer «porro electrónico». Se trata de un dispositivo similar al cigarrillo electrónico con una carga de un aceite que contiene un 5% de cannabidiol. La polémica no ha hecho más que empezar.
- Arilciclohexilaminas, entre las que destacan la fenciclidina (PCP) y la ketamina.
- Extasis líquido y sus análogos: gammahidroxi-butarato (GHB, éxtasis líquido), gamma-butirolactona (GBL) y 1,4-butanodiol (BD).

### Reflexiones

La magnitud del problema abordado en este breve artículo excede ampliamente una mera descripción de las sustancias implicadas y sus principales efectos sobre el individuo. Para su comprensión y abordaje es absolutamente necesario adoptar un enfoque multidisciplinar en el que deberían participar una multitud de especialistas relacionados con campos tan diversos como complementarios, y no relacionados únicamente con las ciencias de la salud.

El farmacéutico comunitario, desde su ámbito específico de actuación, tiene una importante labor por delante, tanto en aspectos logísticos (evitando posibles desviaciones de sustancias potencialmente perjudiciales o aparentemente inocuas) como en el control de la utilización de fármacos y en los aspectos puramente educativos. Que no es poco. ●