

JÓVENES, ADOLESCENTES Y DROGAS EN EL SIGLO XXI. ¿OCIO O PATOLOGÍA?
¿CÓMO INTERVENIR?

Alucinógenos: ¿drogas para soñar? Una intervención preventiva y asistencial desde el ámbito de la atención primaria

J. Royo-Isach^a, M. Magrané^b, R. Martí^b y S. Gómez^b

Consumidores de alucinógenos: algunas ideas para empezar

El consumo de alucinógenos en la población de jóvenes y adolescentes está en la actualidad muy relacionado con el de drogas de síntesis^{1,2}. Los «ácidos», «trips o trippies», «bichos», etc., son denominaciones en argot de drogas alucinógenas, siendo las más extendidas la LSD-25 (diethylamide del ácido lisérgico), la mescalina y la psilocibina³. La forma de consumo más frecuente es la vía oral y se presentan en forma de sellos, cartoncillos o cápsulas⁴ (fig. 1). En algunas ocasiones se consumen algunas variedades de setas, plantas y cactus, directa e indirectamente, en forma de infusiones, pasteles u «otras mezclas gastronómicas»⁵ (fig. 2).

La LSD fue sintetizada por Albert Hofmann en 1938⁶, y es el alucinógeno más activo y potente conocido hasta la actualidad⁷. Los efectos de los alucinógenos se han descrito como generadores de un «estado psicodélico» consistente en alteraciones del curso del pensamiento, de las sensaciones y de la percepción, que se intensifican progresivamente hasta el punto de que sus efectos son percibidos por el consumidor como «vivenciales»^{8,9}.

Entre los años 1950 y 1960, la LSD fue utilizada por diversas escuelas psiquiátricas y psicológicas con objetivos pretendidamente terapéuticos y con la finalidad básica de facilitar la autoexploración y la introspección del sujeto. Se utilizó también en el tratamiento de la neurosis obsesiva.

Investigaciones posteriores definieron la LSD como una sustancia potencialmente inductora de «psicosis experimentales» y fue abandonada como fármaco de interés para la aplicación clínica^{7,10-12}.

En Estados Unidos se prohibió el consumo de la LSD en el año 1965, y en 1970, los organismos internacionales la habían incluido en la Lista Primera de las sustancias psicotrópicas merecedoras de control internacional^{7,13,14}.



FIGURA 1 Estrella/Buda (LSD-25). (Fuente: Royo-Isach⁴)



FIGURA 2 Pastel de marihuana (THC) y setas (psilocibina). (Fuente: Royo-Isach⁴)

^aCoordinador Plan de Drogas. Ayuntamiento de Badalona. Área de Gobierno. Diputación de Barcelona. Badalona. España.

^bAmalgama7. Centro de atención Biopsicosocial para Jóvenes y Adolescentes. Barcelona. España.

Correspondencia:
Montserrat Magrané.
Amalgama7. Centro de Atención Biopsicosocial para Jóvenes y Adolescentes.
Rosselló, 237, principal 2.ª.
08008 Barcelona. España.
Correo electrónico: mmagrane@menta.net

Manuscrito recibido el 27 de octubre de 2003.
Manuscrito aceptado para su publicación el 19 de noviembre de 2003.

Palabras clave: Jóvenes. Adolescentes. Alucinógenos. Prevención. Tratamiento.

TABLA 1
1 **Efectos de los alucinógenos**

Tipo de droga		Efectos sobre el comportamiento humano		
Alucinógenos	Efectos sobre el sistema nervioso central (SNC)	En situación de consumo	En situación de abstinencia y/o síndrome de abstinencia	En situación de consumo continuado (riesgos asociados)
Ácido lisérgico, mescalina, fenciclidina, muscimol, etc.	Psicodisléptico Distorsiona la actividad del SNC	– Tensión, euforia – Agudización de la visión	– Ansiedad – Apatía	<i>Principales trastornos físicos</i> – Cansancio
Nombres en argot Trips, trippi, trippies, bichos, ácidos, secantes, cactus, setas, setillas, etc.	Palabra clave Alteración de la percepción	– Alteración de la sensación subjetiva del tiempo (confusión del pasado, presente y futuro) – Aumento de la sensación auditiva – Sensación de «flotar» – Distorsión de la realidad (formas, tamaños, perspectivas) – Seudoalucinaciones («ver» la música, los colores como sonidos, etc.) – Disminución de la sensibilidad al dolor – Distorsión de la vivencia, de la alegría, ansiedad, miedo, etc. – Estados de cambio: de euforia a depresión – Dilatación pupilar – Hipertensión – Taquicardias y palpitaciones – Sudación – Temblores – Inhibición del sueño/insomnio – Inhibición del hambre – Descoordinación psicomotriz – «Malos viajes» (crisis de pánico)	– Dolores musculares – Enlentecimiento cognitivo – Enlentecimiento psicomotor	– Ansiedad – Hipertensión arterial – Tensión nerviosa – Irritación gastrointestinal <i>Principales trastornos psicológicos</i> – <i>Flashback</i> (los efectos alucinógenos pueden reaparecer, días, semanas, meses después de haber tomado la última dosis) – Síndrome amotivacional (parecido al producido por derivados del Cannabis): – Apatía – Irritabilidad – Alteraciones de la memoria – Pérdida de eficacia y de la concentración – Cambios del ritmo del sueño y de hambre <i>En personas predispuestas puede desarrollarse trastornos psicóticos</i> <i>Principales trastornos sociales</i> – Aproximaciones a ambientes marginales (mercado de tráfico ilegal) – Actividades de compra/venta (actividad delictiva) – Conflictos y/o accidentes familiares, escolares, laborales – Comportamiento de riesgo en la conducción de vehículos

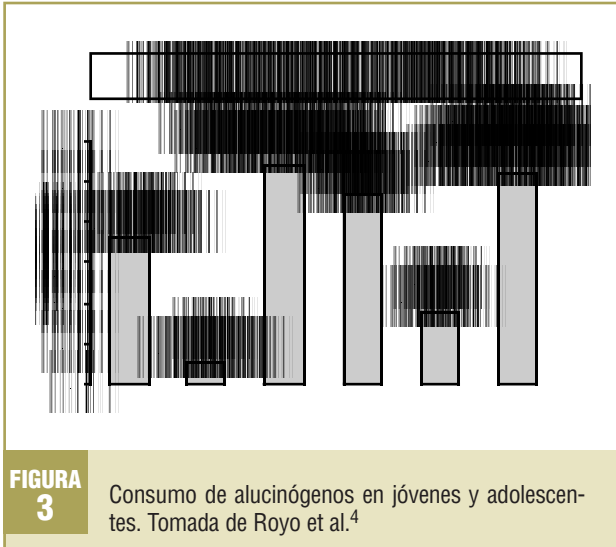
Los tribunales de justicia consideran los alucinógenos «drogas que causan grave daño a la salud». La promoción o tráfico puede ser castigado con penas de 3 a 9 años de prisión y multa «del tanto al triple» del valor de las drogas. La conducción de vehículos bajo su influencia está penalizada. La sanción impuesta por un consumo en público puede ser sustituida por tratamiento de deshabitación^{15,16}.

Efectos de los alucinógenos

Estructuralmente, los alucinógenos tienen la capacidad de producir efectos psicodislépticos (alteraciones en la percepción sensorial), psicodélicos (alteraciones de la percepción objetiva del entorno y, por tanto, alteración del nivel

de conciencia) y psicotomiméticos (alteración del curso del pensamiento asociado a la aparición de sintomatología psicótica).

Después de haber ingerido un *ácido* y a partir de 30-90 min (el tiempo de reacción depende en gran parte de la calidad del alucinógeno), aparecen los efectos ascendentes caracterizados básicamente por los síntomas descritos en la tabla 1. Estos efectos alcanzan una meseta después de 1-2 h de su administración, con reiterados picos de intensidad, y pueden durar entre 5 y 12 h, a partir de las cuales se iniciarán los efectos descendentes caracterizados básicamente por cansancio físico y psíquico. Es habitual que en esta fase muchos consumidores de alucinógenos utilicen otras drogas (legales e ilegales) con el objetivo de amortiguar los



efectos del «bajón». Por ello, el patrón de consumo mayoritario es el de policonsumir otras drogas^{17,18}. Uno de los principales efectos de los alucinógenos (especialmente de los más potentes, como la LSD) es su capacidad de producir reparaciones espontáneas de la experiencia alucinógena sin que tenga lugar un nuevo consumo. Este efecto conocido, como *flashback*, puede producir reacciones psicóticas en sujetos predispuestos genéticamente. La intoxicación aguda por alucinógenos no es muy habitual y resulta extraño que se presente sin estar asociada al consumo de alcohol, Cannabis, drogas de síntesis, etc., es menos frecuente la intoxicación secundaria a alucinógenos naturales (*Amanita muscaria*, *Datura stramonium*, etc.). Normalmente, los intoxicados precisan ayuda por causa de las crisis de pánico derivadas de un mal «viaje», cuyos síntomas son angustia y depresión asociadas a confusión mental y alucinaciones visuales, sensación de incapacidad, culpabilidad y riesgo de conductas agresivas con pérdida de autocontrol y peligro de autólisis^{19,20}.

Los efectos de los alucinógenos son impredecibles y, al igual que cualquier otra droga, dependen de la calidad y cantidad que se tome, de la vía de administración, de la personalidad del consumidor, de su estado de ánimo y sus expectativas, de las experiencias anteriores con la droga, del lugar y el ambiente en el que se consume²¹. Estos factores son particularmente importantes en el caso de la LSD. No se ha descrito dependencia física en los consumidores de alucinógenos, aunque sí tolerancia y dependencia psicológica en consumidores habituales con un patrón de consumo alto y/o continuado²².

¿Por qué los jóvenes y adolescentes consumen alucinógenos?

«Los ácidos no son drogas peligrosas», «se pueden controlar», «no enganchan», «puedes alucinar mucho y pasártelo muy bien», «te ayudan a sentirte mejor», «son afrodisíacos»,

«aumentan la potencia sexual», «la peña las toma», etcétera.

Éstas son algunas de las respuestas que nos dieron 2.155 adolescentes y jóvenes que habían visitado la exposición itinerante «a tota pastilla»⁴, de los cuales 1.700 eran alumnos escolarizados entre 14 y 19 años y 455 eran jóvenes y adolescentes de entre 16 y 30 años. El 12,6% de los alumnos escolarizados manifestó haber consumido en alguna ocasión drogas de síntesis, de los cuales un 37,6% manifestó a la vez haber consumido alucinógenos al menos en una ocasión. Tomando como referencia a la población de jóvenes y adolescentes de entre 16 y 30 años, el 53,8% manifestó haber consumido drogas de síntesis en alguna ocasión y, de ellos, un 62,4% refirió haber consumido alucinógenos al menos en una ocasión (datos similares a los obtenidos por Astrain et al¹).

Los motivos de consumo se expresan en la figura 3. Conviene remarcar una vez más que la «percepción recreativa» que tienen los jóvenes y adolescentes de los alucinógenos y del consumo de drogas en general dificulta enormemente la intervención preventiva y asistencial.

Intervención terapéutica desde el ámbito de la atención primaria (programas de disminución de daños y de riesgos)

El uso de los alucinógenos puede producir cambios bruscos de humor, despersonalización e ideas delirantes de tipo paranoide. Es frecuente que aparezcan síntomas físicos simpaticomiméticos y, con posterioridad, fenómenos de *flashback* de forma espontánea. En caso de intoxicaciones graves o asociadas a la utilización de otras sustancias, pueden aparecer síndromes confusionales. Tranquilizar al paciente es fundamental y puede ser necesaria la administración de benzodiacepinas para controlar la ansiedad, así como el uso de antipsicóticos ante la permanencia de estos síntomas. No obstante, con el ánimo de reducir los riesgos y los daños de su consumo, aportamos algunas recomendaciones preventivas y terapéuticas que el médico puede realizar al paciente consumidor o potencialmente consumidor de alucinógenos:

- Los «trippis» y todas las drogas en general están asociadas a la *diversión*. En situación de fines de semana y de «fiesta» es cuando mayoritariamente se propone consumir un alucinógeno. Decide con anterioridad si quieres consumir o no. Planteártelo previamente te ayudará a ser consciente de tu decisión.
- Los alucinógenos son drogas ilegales fabricadas clandestinamente. En el momento de ingerir una dosis, nunca se puede saber cuál es su composición ni su pureza. No tomes nunca un «trippi» entero. Es preferible consumir un cuarto (del sello o cartón) y esperar sus efectos. Si se inicia un «mal viaje», no tomes otras drogas y pide ayuda (quizá habrá que ir a un servicio de urgencias).

Puntos clave

- Los alucinógenos se usan como «droga recreativa». Su consumo por parte de jóvenes y adolescentes está muy relacionado con el de drogas de síntesis.
- La curiosidad, la influencia del grupo, la percepción de que son drogas no peligrosas, no adictivas y fascinantes, su fácil obtención y su bajo precio, son variables relevantes que contribuyen a la extensión de su consumo.
- El patrón de consumo mayoritario de los usuarios de alucinógenos es el de policonsumir otras drogas.
- Complementariamente a los efectos derivados de su principio activo, se deben considerar otros riesgos y enfermedades asociadas.
- Desde el ámbito de la atención primaria se recomienda que se adopten estrategias preventivas y asistenciales, especialmente las que se describen con el objetivo de disminuir los daños y los riesgos de su consumo.

– Aunque te parezca que has tomado una dosis muy pequeña, los efectos de un alucinógeno pueden durar entre 5 y 12 h; por tanto, es muy importante que no estés solo. A partir de estas horas se iniciarán los efectos descendentes del «trippi»; no tomes en esta situación otras drogas con el objetivo de amortiguar los síntomas, dado que si lo haces, el «bajón» posterior será más intenso.

– Si estás nervioso, angustiado, cansado física y psíquicamente, triste, no tomes ningún alucinógeno, dado que si lo haces, aumentarás las probabilidades de que estos síntomas se intensifiquen.

– No es recomendable consumir un «trippi» en un espacio cerrado (discoteca, sala de fiesta...); es preferible hacerlo en espacios abiertos y seguros (si estás en la montaña, hay que evitar lugares peligrosos, como ríos, lagos, precipicios...).

– Hay que evitar utilizar otras drogas complementariamente al uso del «trippi»; recuerda que el alcohol y los derivados del Cannabis son drogas depresoras del sistema nervioso central.

– Si has tomado un «trippi», no conduzcas ni aceptes ir en un vehículo si el conductor ha consumido.

– Si tienes relaciones sexuales, el consumo de un «trippi» y/o otras drogas puede potenciar comportamientos de riesgo. Hay que adoptar medidas preventivas.

– No aceptes consumir dos o más «trippis» en una misma semana; te ahorrarás que los síntomas descritos sean más intensos y permanentes (insomnio, depresión, ansiedad...).

– Recuerda que los efectos de los alucinógenos pueden reaparecer días, semanas, hasta meses después de haber to-

mado la última dosis (*flashback*). Si estos síntomas son persistentes y/o te angustian, pide ayuda biopsicológica.

– Si tienes problemas de salud física y/o mental, y/o estás tomando medicación, no tomes drogas.

Bibliografía

1. Astrain A et al. El fenómeno de las «drogas de síntesis» en Navarra (1997-1999). Plan Foral de Drogodependencias. Pamplona: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra. Gobierno de Navarra, 2001.
2. Robles Orozco G. La política española sobre drogodependencias: situación actual y perspectivas futuras. *Trastornos Adictivos* 2003;5:199-205.
3. Observatorio europeo de la droga y toxicomanías. Informe anual 2000 sobre el problema de las drogodependencias en la Unión Europea. Disponible en: www.emcda.org/publications/publications_annrep.sht. Fecha de consulta: 22-03-2004.
4. Royo-Isach J, Majo E, Escobet M, et al. A tota pastilla: una instal·lació preventiva i itinerant sobre les drogues de síntesi. Barcelona: Diputació de Barcelona, 1998.
5. Royo-Isach J. Adolescentes, jóvenes y drogas en el primer mundo: un consumo globalizado. *MTA-Pediatría* 2002;23:87-113.
6. Hofmann A. Cómo descubrir el ácido y qué paso después en el mundo. Barcelona: Gedisa, 1980.
7. Escototado A. Historia de las drogas, 3. Madrid: Alianza Editorial, 1994.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical. Manual of Mental Disorders: DSM-IV. Washington: American Psychiatric Association of Washington, 1995.
9. Schultes RE, Hofmann A. Plantas de los dioses. Orígenes del uso de los alucinógenos. México: FCE, 1993.
10. Hofmann A. Uso de alucinógenos en medicina. Disponible en: www.mercurialis.com/emc/autores/hofmann/alucimedi.htm. Fecha de consulta: 22-03-2004.
11. Seva Díaz A. Investigaciones en torno a la utilización del LSD-25 en la terapéutica de las neurosis obsesivas durante los años sesenta. En: San L, Gutiérrez M, Casas M, editores. Alucinógenos, la experiencia psicodélica, Barcelona: Ediciones en Neurociencias, Citran, 1996; p. 112-24.
12. Fernández A. Evolución histórica de los usos del LSD. En: San L, Gutiérrez M, Casas M, editores. Alucinógenos, la experiencia psicodélica, Barcelona: Ediciones en Neurociencias, Citran, 1996; p. 84-111.
13. Selva D. El ciberespacio y las sustancias sujetas a control internacional. *Farmacéuticos* 2002;262:9-33.
14. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes Disponible en: www.imcb.org. Fecha de consulta: 22-03-2004.
15. Plan Nacional sobre Drogas. Normativas nacionales e internacionales. Disponible en: www.mir.es/pud/index.htm. Fecha de consulta: 22-03-2004.
16. Arroyo A. Drogas de diseño en el ámbito judicial. *Medicina Integral* 2003;41:108-13.
17. Roca A, Suay A, Simon E. Patología relacionada con el consumo de drogas. *Jano* 1998;55:50-7.
18. Fernández J, Mataix A. Las nuevas drogas y sus consecuencias para la salud. *Jano* 2001;61:45-50.
19. Halpern JH, Pope HG Jr. Hallucinogen persisting perception disorder: what do we know after 50 years? *Drug Alcohol Depend* 2003;69:109-19.
20. Goodman N. The serotonergic system and mysticism: could LSD and the nondrug-induced mystical experience share common neural mechanisms? *J Psychoactive Drugs* 2002;34:263-72.
21. Royo-Isach J, Magrané M, Velilla A, Gómez S, Tosco M. Jóvenes, adolescentes y policonsumo de drogas: ¿cómo intervenir? *FMC* 2003;10:47-58.
22. Saiz J, Montes JM. Toxicodependencias. *Medicine* 2003;8: 5745-9.